

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Factores asociados al uso del DIU como método
anticonceptivo en usuarias del servicio de planificación
familiar del Centro de Salud Callao. Enero-Diciembre
2009**

TESIS para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Luis Miguel Villanueva Guzman

ASESORA

Mag. Salazar Salvatierra, Emma

Lima – Perú

2010

A mis padres, Fanny y Luis.

Agradecimientos

La redacción de una tesis no es un trabajo sencillo, es por ello que su realización sería imposible de llevar a cabo sin desprendidas colaboraciones, por eso, de las cientos de palabras que existen en el diccionario, rescato una de las más sublimes, aquella que lleva por nombre *gratitud*.

A la Mag. Emma Salazar Salvatierra, con especial afecto, por su incalculable ayuda a la realización de este trabajo.

A las obstetrices Jenny Zavaleta y Yolanda Quispe, por sus generosos comentarios y críticas que ayudaron a pulir el instrumento de recolección de datos.

Al Ing. Leliz Franco, por su colaboración en la realización de la base de datos y las pruebas estadísticas.

A la Obst. Ascarza, porque hizo posible que tuviera acceso a las historias clínicas y a sus archivos del programa de Planificación Familiar.

A mis hermanos Fanny, Mauricio, Aldo y Melissa, así como también a mis sobrinos Marjorie, Kiara, Marcelo y Daniela.

A Patricia Franco, por su apoyo, su amistad, su comprensión, por sus ganas de querer hacer mejor las cosas.

A todas las mujeres entrevistadas, por concederme la licencia de acceder a un aspecto de su vida muy personal.

A todas las personas que de alguna u otra manera, tal vez sin saberlo, me ayudaron y colaboraron conmigo e hicieron posible la culminación de este trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema.....	9
1.2 Justificación del problema.....	9

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Bases teóricas.....	14
2.3 Glosario.....	31
2.4 Objetivos de la investigación.....	33
Objetivo general	
Objetivos específicos	
2.5 Variables de la investigación.....	34
Variable independiente	
Variable dependiente	
2.6 Operacionalización de variables.....	34

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Diseño del estudio.....	39
3.2 Población.....	39
3.3 Diseño muestral.....	39
Unidad de análisis	
Tamaño de la muestra	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
3.4 Técnica de recolección de datos.....	40
3.5 Procesamiento de los datos.....	40

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 Resultados.....	41
---------------------	----

CAPITULO V DISCUSIONES

5.1 Discusiones.....	66
----------------------	----

CAPITULO VI CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones.....	69
-----------------------	----

CAPITULO VII RECOMENDACIONES

7.1 Recomendaciones.....	70
--------------------------	----

CAPITULO VIII BIBLIOGRAFIA

8.1 Bibliografía.....	71
-----------------------	----

CAPITULO IX ANEXOS

9.1 Anexo N° 1: Encuesta.....	75
9.2 Anexo N° 2: Juicio de Expertos.....	79
9.3 Anexo N° 3: Coeficiente Alfa de Cronbach para confiabilidad.....	81
9.4 Anexo N° 4: Consentimiento Informado.....	83
9.5 Anexo N° 5: Aprobación del Proyecto de Tesis.....	85
9.6 Anexo N° 6: Solicitud para designación del Jurado.....	86
9.7 Anexo N° 7: Informe de Tesis para sustentación.....	87
9.8 Anexo N° 8: Acta de Sustentación de Tesis.....	88

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar cuales eran los factores demográficos, socio-económicos, psicológicos, de información, sexuales y reproductivos asociados al uso del Dispositivo Intrauterino (DIU) en mujeres de 15 a 49 años que acuden al servicio de Planificación Familiar del C.S. Callao y se les fue colocado el DIU, entre los meses de enero y diciembre del año 2009. Se aplicó una encuesta sobre el uso del DIU a 108 mujeres. El análisis cuantitativo de las variables incluyo un análisis descriptivo (distribución de frecuencias) y un análisis inferencial (técnica estadística no paramétrica del chi cuadrado).

Como resultado se obtuvo que el DIU fue utilizado por adolescentes en un 3.7%. El estado civil predominante fue el conviviente con un 69.4% y la mayoría procedía de la costa (89.8%). Las usuarias del DIU son en un 3.7% de educación primaria; 83.3% con educación secundaria y 13% con educación superior. Las tres cuartas partes son amas de casa (75%) y las restantes se desempeñan como obreras, empleadas o comerciantes (25%). Con respecto al estrato social, el 66.7% pertenece al Estrato III. La mayoría de usuarias (42.6%) no tenia decidido escoger el DIU como método anticonceptivo al momento de llegar a la consulta, el 18.5% si lo tenia decidido y el 38.9% de las usuarias estaban indecisas. El total de usuarias recibió información sobre Planificación Familiar por la Obstetriz del centro de salud. En el campo sexual y reproductivo, el 34.3% tuvo su primer embarazo en la adolescencia; el numero de hijos vivos es de tres en el 39.8% de usuarias, de dos en el 24.1% y de cuatro en 16.7%; el 48.1% considera que el número ideal de hijos es tres, el 44.4% considera que el número ideal es dos. Ninguna tuvo antecedente de embarazo ectópico; el 26.9% tuvo antecedente de flujo vaginal y el 2.8% tuvo antecedente de ITS. Poco más de la mitad (54.6%) inicio sus relaciones sexuales en la adolescencia. La mitad de las usuarias del DIU (50.9%) uso antes el inyectable y el 37% uso las píldoras combinadas. De la totalidad de usuarias, el 33.3% abandonó el método anticonceptivo previo al DIU por los efectos secundarios. Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad del primer embarazo y el estrato social con un $p=0.000$ a su vez también se encuentra asociación entre la calificación que le da la usuaria al DIU y la motivación que tenia esta por usarlo con un $p=0.041$.

Se concluye que el factor sexual y reproductivo esta asociado al uso del DIU como método anticonceptivo en mayor medida respecto a los demás factores, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas entre el ideal reproductivo y el número de hijos vivos, entre la edad del primer embarazo y el estrato social, entre el ideal reproductivo y el grado de instrucción.

INTRODUCCIÓN

Entre la ENDES 2000 y 2009, es decir en el último decenio, la prevalencia anticonceptiva se ha incrementado al pasar de 69 a 73%, el problema es que este incremento se ha realizado solamente por el aumento porcentual de 4 puntos en los métodos tradicionales, los métodos modernos se mantuvieron en 50%.

Según ENDES 2009, en el año 1991 de 100 MEF sólo 57 usaron algún método anticonceptivo, 13 usaban DIU y 2 mujeres inyectables. En el 2009 de 100 MEF, 73 usan algún método, sólo 4 usan DIU y 18 mujeres planifican con el inyectable. Hay una evidente disminución en el uso del DIU que es necesario analizar.

Los Dispositivos Intrauterinos son sumamente seguros, eficaces y económicos. Tienen una vida útil de 10 años y producen escasos efectos secundarios. A pesar de tener amplias ventajas clínicas y económicas, su preferencia en el Perú ha tenido un constante decrecimiento en los últimos años en relación con los otros métodos, en especial con el inyectable trimestral.

Las mujeres en cualquier edad reproductiva, incluidas las que nunca han tenido hijos (nulíparas), pueden usar el DIU. Sin embargo, las mujeres nulíparas y las mujeres menores de 20 años de edad corren un riesgo mayor de expulsión. Los DIU se pueden insertar en cualquier momento durante el ciclo menstrual, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Hay pocas contraindicaciones para el uso de los DIU y se relacionan principalmente con la presencia de infección urogenital.

Los DIU no hacen aumentar el riesgo de embarazo ectópico. Sin embargo, hasta la mitad de los pocos embarazos que sí ocurren en las usuarias de DIU, son ectópicos.

En general, las mujeres notifican menos efectos secundarios debido a los DIU que a los anticonceptivos orales o inyectables. La T de cobre se relaciona con un aumento de sangrado menstrual prolongado y profuso, dismenorrea y manchado inter menstrual, y calambres durante los primeros ciclos después de la inserción. Esos efectos son las razones principales de extracción del dispositivo.

El acetato de medroxiprogesterona inyectable no es un método más eficaz que el DIU, según varios autores, la tasa de embarazos con el inyectable es de 0.42 a 0.9 por 100 usuarias por año y los efectos colaterales incluyen disturbios menstruales, aumento de peso e impedimento del pico de masa ósea cuando son usados por mujeres muy jóvenes.

Se considera que el DIU ha dejado de ser un método de frecuente uso por ser el método suministrado más dependiente de materiales y que requiere más trabajo, es el método más sensible a las variaciones en la calidad de la atención. Cuando los proveedores están mal informados, carecen de motivación y no aclaran los rumores o mitos que han oído las pacientes. En muchos casos, los proveedores desaniman a las clientas a aceptar el DIU. Menos de la mitad de los proveedores mencionan espontáneamente el DIU a las clientas. Cuando las pacientes no están menstruando a menudo se les niega cualquier servicio o información.

Es realmente preocupante observar que un método que resulta mucho más barato que el inyectable, ha disminuido tan radicalmente su uso que, inclusive, por su escasa aplicación, los médicos y obstetras jóvenes en entrenamiento no conocen la técnica de inserción, lo que finalmente conllevará a disminuir aun más su uso por falta de profesionales entrenados.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados al uso del Dispositivo Intrauterino como Método Anticonceptivo en usuarias del servicio de Planificación Familiar del C.S. Callao en el año 2009?

1.2 Justificación del problema

A lo largo de la historia de la planificación familiar se ha implementado diferentes estrategias de entrega de servicios: servicios clínicos, distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA), mercado social de anticonceptivos (MSA), mercadeo comunitario de anticonceptivos (MCA) y programa en el postparto/postaborto inmediato.

Se demuestra que la estrategia es aceptable, segura y costo efectiva, y que es una forma de aumentar la prevalencia con métodos de larga duración y de alta seguridad anticonceptiva. Sin embargo, pese a una alta demanda insatisfecha para limitar o espaciar los nacimientos, hay aspectos de mitos, desconocimiento, temores y otros factores con respecto al uso de los diferentes métodos anticonceptivos por parte de las usuarias, sobre todo del Dispositivo Intrauterino, que deberán ser atendidos con una mejor información y consejería en planificación familiar y que es el motivo del presente trabajo de investigación.

Sin embargo, la necesidad de usar el DIU es solo un aspecto de la decisión de usar este MAC en particular, lo que se pretende con este trabajo es precisamente descubrir que otros factores estuvieron implicados e influyeron en la decisión de estas mujeres de usar el DIU y así desarrollar un perfil que describa a una usuaria potencial de este MAC.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

- En una encuesta internacional por correo que realizó la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha observado que la información inexacta acerca del DIU constituye una barrera para su uso mundial. Los datos preliminares relativos a las preguntas e inquietudes de las clientas revelaron que los rumores eran muy comunes. La encuesta se envió a instituciones nacionales que prestan servicios de planificación familiar en 75 países. El concepto erróneo más común era que el funcionamiento del DIU consiste en provocar un aborto. También que el DIU produce cáncer. Esta fue una idea bastante común, pero sorprendió a los investigadores. Otra preocupación es que el DIU se sale del útero y puede llegar hasta el corazón o el cerebro ¹.
- Un estudio realizado por FHI en Tailandia observó que durante los primeros 12 meses de uso, el sangrado inter menstrual y los períodos dolorosos eran los efectos secundarios que más notificaron las usuarias del DIU ^{2, 3}. En Bangladesh, el 40% de las 3.678 usuarias del DIU encuestadas se habían hecho extraer el dispositivo, de las cuales aproximadamente una quinta parte lo habían hecho por problemas menstruales ⁴. En Nepal, las mujeres creían erróneamente que el mayor sangrado y los cólicos durante los primeros meses de uso del dispositivo eran síntomas de que éste se estaba desplazando del útero y que finalmente llegaría al corazón y lo perforaría ⁵.
- Un estudio que FHI llevó a cabo en América Latina, Asia y África reveló que los factores que contribuían a dejar de usar el DIU de cobre en 321 mujeres eran la expulsión (3,1%) y el sangrado y el dolor (4,5%). Los investigadores también observaron que las mujeres menores de 20 años registraban tasas de expulsión más elevadas que las mujeres de más edad ⁶.

- Las investigaciones realizadas por FHI indican que posiblemente los proveedores puedan predecir las extracciones por razones de sangrado o dolor en la visita de seguimiento al cabo de un mes. Los científicos analizaron datos de estudios internacionales y observaron que de 2.625 mujeres 89 se habían hecho extraer el DIU por sangrado o dolor durante el primer año de uso. Las mujeres que no estaban amamantando en el momento de la inserción tenían casi tres veces más probabilidades de pedir la extracción que las que estaban amamantando. Las mujeres que viven en Asia occidental o en el norte de África tenían casi tres veces más probabilidades de pedir la extracción que las usuarias de otros países. Los investigadores concluyeron que varios factores, que podían detectarse en la visita al cabo de un mes, predecían la extracción del DIU. Tales factores son los siguientes: sangrado inter menstrual desde la última menstruación, flujo menstrual excesivo y no estar amamantando o haber dejado de amamantar ⁷.
- En un estudio llevado a cabo en Tailandia se compararon los métodos anticonceptivos tomando como base el número de años-pareja de protección (APP) y se observó que el costo del DIU, incluidas las visitas de seguimiento, era de aproximadamente US \$0,86 por APP al cabo de cinco años de uso. Los costos de APP de los implantes subdérmicos y los inyectables fueron US \$5,65 y \$5 respectivamente ⁸. Otro estudio ha demostrado similares ahorros en los costos entre las estadounidenses en cinco años ⁹.
- En Ecuador, Population Council exploraron los efectos que tenía reducir el número de visitas de seguimiento de las usuarias del DIU en los costos del programa y la calidad de la atención prestada a las clientas. Los investigadores preguntaron a más de 3.300 nuevas usuarias en los 20 consultorios administrados por el Centro Médico de Planificación Familiar (CEMOPLAF) por qué habían hecho visitas de seguimiento, si había sido para notificar problemas de salud o simplemente porque se les había pedido que regresaran. El CEMOFPLAF requería cuatro visitas

durante el primer año de uso. Al analizar las respuestas, se observó que las visitas de seguimiento de las usuarias del DIU representaban 74% de todas las visitas al consultorio y 64% de todos los costos del consultorio. La mayoría de las clientas acudieron a la primera visita de seguimiento, pero el número de las que acudieron a la segunda, tercera y cuarta citas disminuyó rápidamente. De las mujeres a las que se les diagnosticó problemas médicos, incluida la expulsión y la enfermedad pélvica inflamatoria, las tres cuartas partes afirmaron que hubieran regresado sin cita ¹⁰.

- Un informe de un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud concluyó que, particularmente en presencia de dispositivos que contienen cobre, no hay espermatozoides o hay muy pocos en la parte superior del aparato genital femenino. “Los espermatozoides pueden desplazarse hasta las trompas de Falopio en algunos casos pero tienen menos probabilidades de llegar hasta el lugar donde ocurre normalmente la fecundación ¹¹.” Los científicos de Chile y los Estados Unidos llegaron a conclusiones similares en el análisis que hicieron de las investigaciones relativas al mecanismo de acción ¹².
- Investigaciones realizadas en Kenia por investigadores en la Universidad de Nairobi revelaron que 156 mujeres infectadas por el VIH incluidas aquellas con sistemas inmunitarios suprimidos en el momento de la inserción del DIU no tuvieron en general más complicaciones al cabo de uno, cuatro y 24 meses de la inserción que las 493 mujeres que no estaban infectadas ¹³.
- Los estudios de 1.400 mujeres atendidas en consultorios de planificación familiar en Tanzania y de 800 trabajadoras del sexo comercial atendidas en un consultorio de ITS en Kenia indican que el uso del DIU no hace que la mujer sana corra un riesgo mayor de contraer el VIH de un compañero sexual infectado ^{14, 15}.

- En un estudio en Brasil en el que 327 mujeres reunían los requisitos para la inserción del DIU después de un examen riguroso de detección de ITS basado en sus antecedentes sexuales y un examen clínico, se observó que el examen de laboratorio para clamidia salió positivo en 19 de ellas (6%) después de la inserción del DIU, y que una mujer fue diagnosticada con EPI antes de haber transcurrido dos semanas después de la inserción. El procedimiento de detección incluía preguntas de carácter socioeconómico y relativas al comportamiento sexual de las mujeres y sus compañeros, y una evaluación de los síntomas y signos ginecológicos de las pacientes ¹⁶.

2.2 Bases Teóricas

En el marco del modelo de atención integral de salud, la salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas, desde la infancia y adolescencia, hasta la edad adulta y etapa del adulto mayor. Durante cada una de las etapas de vida de las personas se requiere de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación específicas y diferenciadas. El concepto de salud integral aplicado a la salud sexual y reproductiva, considera el derecho implícito de todas las personas a adoptar decisiones libres e informadas y a que estas decisiones sean respetadas sin ningún factor de discriminación.¹⁷

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida y garantizar la salud de las personas ¹⁷.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, busca establecer los procedimientos técnicos administrativos para la atención en Planificación Familiar, reforzando las competencias técnicas de los proveedores de salud a fin de que los mismos organicen y provean los servicios, para que estos sean accesibles y de calidad y contribuir a que las parejas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos.

Las opciones anticonceptivas con las que cuenta el MINSA se clasifican en temporales, permanentes y anticoncepción de emergencia. Entre los temporales tenemos los métodos de abstinencia, de lactancia amenorrea, preservativo, píldoras combinadas, inyectable de sólo progestágenos y los dispositivos intrauterinos (T de cobre 380 A).

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son anticonceptivos a largo plazo, seguros, eficaces y rápidamente reversibles, que no requieren de mucha atención después de ser insertados. No obstante, las preocupaciones acerca de su seguridad y los desafíos programáticos han refrenado el uso de los DIU en

muchos países. La nueva evaluación de los resultados de las investigaciones, recientemente trasladada a las directrices de la Organización Mundial de la Salud, contribuirá a asegurar a los proveedores que la mayoría de las mujeres pueden usar los DIU en forma segura.¹⁷

Ahora, para que un producto (en este caso el DIU) llegue a ser utilizado por las usuarias de servicios de Planificación Familiar, se tiene que tratar sobre las leyes de la oferta y la demanda. Ya que este método anticonceptivo (MAC) es un producto que tiene una finalidad: la Planificación Familiar, es preciso tratar aspectos relacionados a la manera de cómo se distribuye en la población.

La oferta implica lo que se conoce como las 4 P de la mercadotecnia, y son: Producto, Precio, Promoción y Plaza.

Un producto es todo aquello tangible o intangible (un bien como el DIU; o un servicio, como el de Planificación Familiar) que se ofrece a un mercado para su adquisición, uso o consumo, y que puede satisfacer una necesidad o un deseo.¹⁸

El precio es el monto de intercambio asociado a la transacción. El precio no se fija por los costos de fabricación o producción del bien, sino que debe tener su origen en la cuantificación de los beneficios que el producto significa para la población, que en este caso estaría dado por las usuarias de los servicios de Planificación Familiar, y este beneficio es parte de una estrategia del Ministerio de Salud (MINSA) para reducir la Mortalidad Materna, es por ello que no solo el DIU sino que otros MAC son proporcionados de manera gratuita, en el sentido que no se les cobra nada por obtener el producto en sí.¹⁸

La promoción es la publicidad que nosotros queremos hacer de nuestro producto. Existen diversos tipos de promoción, por lo que, una vez más, debemos enfocarnos a que plaza queremos llegar y saber que tipo de publicidad es efectiva para ese rango de clientes. En el caso del DIU, la mejor promoción que se le puede hacer es en la consejería sobre la elección de algún MAC, en la consejería se le brinda a la usuaria toda la información necesaria para que esta tenga la libertad y facilidad de optar por algún MAC con el que desea retrasar el próximo embarazo.¹⁸

Por último, tenemos la plaza la cual se define como el mercado o población objetivo a la que va dirigido nuestro producto.

Bien, como se dijo en un principio, la oferta de un producto como el DIU, se rige por las cuatro “P” de la mercadotecnia, pero solo se ha visto desde la perspectiva de los proveedores de estos servicios de salud que están inmersos en lo que respecta a la oferta, pero la otra parte importante tiene que ver con la población demandante de este producto, y esta se rige y caracteriza por la necesidad de adquirir este producto, luego de ello, se toma la decisión de usar el DIU en base a una información clara, completa y esclarecedora de las posibles dudas de las mujeres que desean este MAC.

Algunos aspectos básicos para tener disponibles servicios de DIU de alta calidad incluyen:

- **Guías de prestación de servicios** actualizadas por las partes interesadas para eliminar las barreras innecesarias.
- **Proveedores de atención directa capacitados** en cómo y por qué seguir las guías y respaldados por supervisión de apoyo.
- **Un grupo central de proveedores de DIU**, bien capacitados en la inserción y extracción del DIU, consejería y manejo de efectos secundarios y complicaciones, que puedan mantener sus habilidades atendiendo a un flujo constante de clientes. La capacitación basada en competencias, que se enfoca en asegurar que cada estudiante demuestre ser competente, es la que mejor funciona.
- **Un sistema de referencias** para asegurar que las mujeres que quieren usar los DIU puedan ponerse en contacto fácilmente con el grupo central de proveedores.
- **Infraestructura, equipo y suministros necesarios** para brindar servicios de DIU de alta calidad. Los contextos de bajos recursos pueden adoptar estrategias innovadoras para proveer servicios de DIU en forma continua.

- **Cientas bien informadas acerca del DIU.** Por medio de actividades de comunicación bien diseñadas y consejería adecuada, las personas comprenden mejor el DIU y se puede reducir las preocupaciones infundadas o exageradas.¹⁹

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (T DE COBRE)

Hubo una época en el Perú en el que el 13% de las mujeres con vida sexual activa utilizaba un dispositivo intrauterino (T de cobre) como método anticonceptivo según la ENDES 1991-1992; era el método moderno de planificación familiar más usado, desplazando a la píldora combinada con un 6% de uso y el inyectable trimestral con un 2% de uso.

Se espera que gracias a la nueva información sobre su seguridad, el DIU adquiera una vez más popularidad por las razones siguientes:

1. Es un método anticonceptivo reversible efectivo que prácticamente se utiliza y se olvida y no deben reemplazarse sino hasta diez años después.
2. En la actualidad ya se sabe que las acciones principales de los DIU son de tipo anticonceptivo, no abortivo.
3. El riesgo de padecer infecciones pélvicas se ha reducido considerablemente con las técnicas modernas para introducirlos.
4. También se ha esclarecido el riesgo de un embarazo ectópico. De manera específica, el efecto anticonceptivo reduce el número absoluto de embarazos ectópicos cerca de 50% comparado con el de la mujer que no utiliza ningún método. Sin embargo, cuando hay fracaso, es más probable que el embarazo sea ectópico.
5. La responsabilidad legal es menor, puesto que la FDA actualmente clasifica a los DIU existentes como medicamentos. Como tales, los fabricantes deben ofrecer información escrita sobre el producto para que las mujeres la lean antes de su colocación. También es necesario que firmen su consentimiento, que comprende una lista razonable de riesgos y beneficios.

La T de cobre (ParaGard T 380A) está hecho de polietileno y sulfato de bario para ser radiopaco. El tallo se encuentra cubierto por un alambre fino de cobre de 314 mm² y las ramas tienen pulseras de cobre de 33 mm², lo que suma un total de 380 mm² de

cobre; es precisamente la presencia de cobre la que da al DIU su actividad química. Además presenta dos hilos que se extienden desde la base del tallo. Originalmente eran azules, pero en la actualidad son blancos²⁰.

Mecanismo de acción

Son múltiples las evidencias científicas que demuestran que el mecanismo de acción del DIU es similar en todos los modelos medicados con metales, y se basa en prevenir la fecundación al crear un medio intrauterino hostil que resulta espermicida. La presencia de cobre en el fluido intrauterino junto con la reacción de cuerpo extraño endometrial que induce el dispositivo crea un medio hostil que paraliza a los espermatozoides impidiendo su ascenso por el tracto genital superior, previo al encuentro con el óvulo. Algunos autores consideran que, además de esta paralización de los espermatozoides, se acorta el tiempo de supervivencia de los mismos así como del óvulo, en ambos casos previamente al encuentro de los gametos^{20, 21}.

Para confirmar que el mecanismo de acción anticonceptivo del DIU de cobre es el anteriormente descrito, varios autores han determinado el nivel de sub unidad BHCG (gonadotrofina coriónica humana) durante el primer día menstrual de mujeres portadoras de DIU, en comparación con igual determinación en mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo. El porcentaje de resultados positivos varió entre 0 y 1% en las mujeres usuarias de DIU, contra 33,3% en las no usuarias. Cabe destacar que los resultados positivos en las usuarias de DIU se asociaron a descenso o expulsión inadvertida del dispositivo, luego confirmados por ecografía. Los embarazos pudieron seguir adelante²¹.

Se recuperaron óvulos de 14 mujeres que usaban DIU y 20 mujeres que no practicaban la anticoncepción, luego de haber tenido relaciones sexuales alrededor del momento de la ovulación. Ninguno de los óvulos de las usuarias de DIU mostraban signos de fecundación o desarrollo embrionario, mientras que la mitad de los óvulos de las mujeres sin DIU u otro tipo de anticoncepción sí los mostraban²¹.

Eficacia

El índice de continuación a un año del DIU es igual al de los anticonceptivos orales. Seguramente la causa es la eficacia del DIU con la necesidad de aplicarlo una sola

vez. Su eficacia es similar en general a la de la oclusión tubaria según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Es importante señalar que el índice de embarazos no deseados disminuye de manera progresiva después del primer año de uso. Es uno de los métodos más eficaces y perdurables: menos de un embarazo por 100 mujeres que utilizan el DIU en el correr del primer año (6 a 8 por cada mil mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1000 mujeres que usan DIU no quedaran embarazadas, lo que hace un promedio de un embarazo en cada 125 a 166 mujeres usuarias^{20, 21, 22}.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo y puede ayudar a proteger contra el cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial)²².

Riesgos conocidos para la salud

No es común pero puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más profusa.

Es raro pero puede aparecer enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU²².

Complicaciones

Puede ocurrir una punción (perforación) de la pared del útero por el DIU o un instrumento utilizado para su inserción. Normalmente cicatriza sin tratamiento. También puede haber pérdida de embarazo, parto prematuro, o infección, para el raro caso que la mujer quede embarazada estando con el DIU colocado²².

Mitos o ideas erróneas

Es preciso aclarar algunos malos entendidos. Los dispositivos intrauterinos:

- Rara vez provocan enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- No aumentan el riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH.

- No aumentan el riesgo de pérdida de embarazo cuando una mujer queda embarazada después que se le retira el DIU.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan defectos de nacimiento.
- No causan cáncer.
- No se desplazan al corazón ni al cerebro.
- No causan incomodidad ni dolor a la mujer durante el sexo.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Indicaciones en casos especiales

Casi todas las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no.
- No estén casadas.
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años.
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección).
- Estén amamantando.
- Realicen trabajo físico intenso.
- Hayan tenido un embarazo ectópico.
- Hayan tenido enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) hace más de tres meses.
- Hayan tenido infecciones vaginales hace más de tres meses.
- Tengan anemia.
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antiretroviral y evolucionando bien.

Las mujeres pueden comenzar a utilizar el DIU:

- Sin realizarse exámenes de ITS.
- Sin realizarse un examen de VIH.
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio.
- Sin realizarse una pesquisa de cáncer cervical.
- Sin realizarse un examen de mamas.

Contraindicaciones²⁰

Generales:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Anormalidades del útero que originan distorsión de la cavidad uterina.
- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda.
- Endometritis postparto o aborto infectado en los últimos tres meses.
- Cáncer uterino o cervical conocido o sospechoso, incluyendo un Papanicolaou anormal sin tratamiento.
- Hemorragia genital de causa desconocida.
- Cervicitis o vaginitis aguda sin tratamiento, así como vaginosis bacteriana, hasta eliminar la infección.
- La paciente o su pareja tienen varias parejas sexuales.
- Situaciones que aumentan la predisposición a padecer infecciones como leucemia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y farmacodependencia.
- Actinomicosis genital.
- Presencia de un dispositivo intrauterino (DIU) previo que no se ha extraído.

Específicas:

El ParaGard T 380A se contraindica cuando existe una o más de las situaciones siguientes (por su contenido de cobre):

- Enfermedad de Wilson.
- Alergia al cobre.

Criterios de elección para el uso de DIU según la Organización Mundial de la Salud

CATEGORIA I <i>Sin restricciones en su uso</i>	CATEGORIA II <i>Las ventajas son mayores que los inconvenientes técnicos demostrados</i>	CATEGORIA III <i>No se recomienda su uso pero pueden contemplarse excepciones</i>	CATEGORIA IV. <i>Uso contraindicado</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Edad: 20 o más años. • Fumadoras. • Obesidad. • Cefaleas o migraña • Lactancia materna. • Antecedentes de pre-eclampsia. • Antecedentes de embarazo ectópico. • Postparto luego de la 4ª semana. • Post aborto sin sospecha de infección (del primer trimestre). • Ciclos irregulares sin hipermenorrea. • Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria con un embarazo subsecuente. • Enfermedades de la mama. • Neoplasia intra-epitelial cervical. • Ectopía cervical. • Trastornos tromboembólicos. • Valvulopatía cardíaca sin complicar. • Hipertensión arterial. • Cardiopatía isquémica y ACV. • Tiroideopatías. • Epilepsia. • Diabetes. • Tumores hepáticos. • Esquistosomiasis. • Uso de antibióticos y antiepilépticos • Colecistopatías. • Ictericia (incluida la ictericia del embarazo). • Hepatitis (activa o portador). • Cirrosis (leve o moderada). • Malaria. • Tuberculosis extrapélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: menores de 20 años. • Nuliparidad. • Hipermenorrea o sangrado prolongado/dismenorrea severa. • Antecedentes de Enfermedad Pélvica. Inflamatoria sin embarazo subsecuente. • Anomalías uterinas cervicales o corporales (incluyendo fibromas) que no distorsionen la cavidad o interfieran con la inserción. • Postparto, menos de 48 horas. • Postaborto del segundo trimestre. • Valvulopatía cardíaca complicada (se recomienda cobertura antibiótica previa a la inserción). • Talasemia (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Anemia de células falciformes (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Anemia ferropénica (Vigilar el aumento del sangrado menstrual en los primeros meses de uso). • Vaginitis sin presencia de pus en el cérvix. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postparto luego de las 48 horas y antes de las 4 semanas. • Enfermedad trofoblástica gestacional sin malignidad. • Riesgo aumentado de enfermedades de transmisión sexual. • HIV positivo o SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Sepsis puerperal o post aborto séptico. • Hasta tres meses luego de una enfermedad pélvica inflamatoria. • Anormalidades uterinas cervicales o corporales incompatibles con la inserción. • Sangrado vaginal inexplicable. • Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. • Cáncer cervical, endometrial u ovárico. • Tuberculosis pélvica diagnosticada. • Alto riesgo de ETS y/o HIV. • ETS hasta hace tres meses.

Inserción del DIU^{21, 22, 23}

Hable con la paciente antes del procedimiento

- Explique el procedimiento de colocación.
- Muéstrela el espéculo, el tenáculo, el DIU y el dispositivo de colocación en su embalaje.
- Dígale que va a sentir alguna molestia o calambres durante el procedimiento y que eso es lo esperable.
- Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia.
- Puede administrarle ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325– 1000 mg), u otro analgesico 30 minutos antes de la colocación para ayudar a reducir los calambres y el dolor. No suministre aspirina ya que enlentece la coagulación sanguínea.

Hable con la paciente durante el procedimiento

- Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Alértela previo a un paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender.
- Cada tanto, pregúntele si siente dolor.

Técnica de inserción²¹

En primer lugar se tiene que tomar en cuenta:

- Evaluar la integridad del sobre, verificar la fecha de expiracion.
 - Es preferable usar la tecnica de insercion “sin tocar” que incluye:
 - Colocar el DIU en el insertador mientras ambas partes se encuentran aún en la envoltura esteril.
 - Limpiar el cuello uterino con un antiséptico antes de insertar el DIU.
 - Tener cuidado de no tocar la pared vaginal ni las valvas del especulo con la sonda uterina, ni con el insertador en el que va colocado el DIU.
 - Hacer pasar tanto la sonda uterina como el insertador que lleva el DIU únicamente una vez a través del canal cervical.
1. Verifique que se cuenta con el instrumental necesario (espéculo, pinza de cuello, tijera, pinza Bosseman, histerómetro, etc.).
 2. Lávese las manos.

3. Explique a la usuaria el procedimiento mientras lo desarrolla.
4. Colóquese guantes estériles.
5. Realice el examen pélvico, para determinar posición y tamaño uterino.
6. Coloque el espéculo para visualizar el cérvix.
7. Limpie el cuello uterino con solución antiséptica.
8. Coloque la pinza tirabala en el labio anterior del cuello uterino y traccione suavemente para realizar la histerometría.
9. Introduzca el histerómetro a través del cérvix sin tocar las paredes laterales de la vagina o del espéculo.
10. Determine la profundidad de la cavidad uterina.
11. Abra el paquete del DIU. Cargue el DIU en el tubo insertador o aplicador, según instrucciones.
12. Marque en el tubo insertador o aplicador la profundidad medida en el histerómetro, mientras el DIU sigue en su paquete estéril.
13. Inserte el aplicador cargado hasta que el medidor de profundidad alcance el orificio cervical o sienta resistencia.
14. Libere los brazos del DIU con la técnica de retiro.
15. Retire la pinza tenáculo.
16. Corte los hilos de un largo de tres a cuatro centímetros.
17. Extraiga el tubo insertador.
18. Examine el cérvix y en caso de detectar sangrado, coloque una torunda de algodón o gasa en el lugar y suavemente aplique presión durante 30-60 segundos (verificar hemostasia).
19. Extraiga el espéculo.
20. La mujer no debe levantarse de inmediato, debe permanecer en la camilla por cinco minutos para evitar un síncope por reflejo vagal.

Post inserción

21. Sin quitarse los guantes, coloque el instrumental en una solución descontaminante (hipoclorito de sodio al 0.5%) durante 10 minutos, para eliminar el virus de la hepatitis y el VIH/SIDA.
22. Deseche el material fungible (gasa, algodón, guantes) en un depósito con tapa o en una bolsa plástica.
23. Entregue a la usuaria una tarjeta con la fecha de inserción y el tipo de dispositivo intrauterino colocado. De una cita para el siguiente control en cuatro semanas.

Indicaciones para su remoción

- Solicitud de la mujer.
- Cualquier efecto secundario que hace a la mujer solicitar su remoción, incluyendo el dolor.
- Indicaciones médicas:
 - Embarazo.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria aguda.
 - Perforación del útero.
 - DIU con expulsión parcial.
 - Sangrado intermenstrual o muy abundante durante las menstruaciones.
 - Cuando la vida útil del DIU ha terminado.
 - Un año después de su último período premenopáusico.

Ahora bien, conocemos que es el DIU, pero nos falta saber, cuales son las características de la usuaria y en que medida influyen en la forma de percibir el producto.

Los factores demográficos, rigen en gran medida la forma en que pensamos, creemos y obramos. Y nuestras decisiones individuales de consumo (entre las que cabe citar las necesidades de utilizar un Método Anticonceptivo) se ven afectadas por estas fuerzas, ya que las decisiones de adquirir un producto como es el DIU están bajo la influencia de características personales como edad, etapa del ciclo de la vida (adolescencia, juventud, adultez), ocupación, el grado de instrucción, estado civil, religión y la procedencia²⁴.

Los factores socio-económicos, en estructuras sociales como la peruana, donde es evidente la desigualdad en lo económico, en lo cultural y en lo social, hablar en general de un tipo de familia es muy complicado, por lo que se hace necesario precisar grupos de familias distintas según el estrato social al que pertenecen y estudiar, en relación a cada estrato, como sus características respectivas influyen no sólo en su conducta social, sino también en su conducta sexual^{24, 25}.

Debido a su sencillez de aplicación y exactitud, se utilizará el Método de Graffar modificado o también llamado Método de Graffar – Méndez Castellano, el cual se

puede aplicar a realidades sociales como la nuestra y que utiliza los siguientes criterios: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de alojamiento.

Los factores psicológicos, tales como la decisión de usar o no el DIU, la motivación por usarlo y como lo calificamos según nuestros juicios de valor. La decisión es una responsabilidad y un compromiso, cuando se toma una decisión hay que aceptar que tendremos que renunciar a lo que no se elige, porque no se pueden elegir dos métodos de planificación familiar. La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo y este es el de espaciar o limitar los embarazos ²⁷.

La toma de **decisión** es una responsabilidad y un compromiso. Una responsabilidad porque tenemos que hacernos cargo de las consecuencias y un compromiso porque nos limita la libertad, condicionando nuestras futuras decisiones ³².

Suele ocurrir que haya dos alternativas igualmente atractivas; en ese caso la elección más razonable es la que cumple con los objetivos y que tiene el menor costo o la menor cantidad de desventajas. Por ejemplo: una desventaja de alto costo en una toma de decisión personal, es la infelicidad de los que nos rodean. Nunca la cantidad de desventajas deberán superar los objetivos, los cuales pueden ser modificados o adaptados para disminuir los costos ³².

Cuando se toma una decisión hay que aceptar que tendremos que renunciar a lo que no se elige, porque no se pueden elegir dos cosas que se contraponen. Si la decisión es conservadora tiene más en cuenta las desventajas, y si es más audaz prioriza el cumplimiento de los objetivos, minimizando el costo. Toda decisión o proyecto tiene que estar de acuerdo con los propios valores, coherente con la propia forma de pensar, porque los errores en la toma de decisión son una de las causas principales para abandonar un método anticonceptivo ³³.

Aunque nos equivoquemos no podemos evitar tener que decidirnos cada día por las múltiples diferentes opciones que se nos presentan en esta vida, sea cual sea nuestro estado de ánimo.

¿Cuáles son las emociones que influyen en nuestras decisiones? En general todas.

Para tomar una decisión correcta la ciencia nos dice que en el momento de elegir es mejor no dejarse llevar únicamente por las emociones y que además es necesario reflexionar racionalmente.

Elegir un método anticonceptivo no sólo implica tener información y una amplia gama para elegir. En la realidad hay muchos factores emocionales y culturales que también entran en juego.

De manera ideal, para poder hacer una buena elección sería necesario contar primero con información completa sobre todos los métodos existentes. Es decir, saber cuál es su nivel de efectividad, su mecanismo de acción, su duración y su modo de uso. Además de tomar en cuenta las contraindicaciones y posibles efectos colaterales, pues un mismo método, aunque sea muy práctico y efectivo, puede no ser la mejor opción para algunas personas o parejas ³⁴.

Así también, habría que hacer un análisis de las necesidades personales. Justamente, tomar en cuenta las características del propio organismo (pues a unas mujeres les puede funcionar bien el dispositivo intrauterino pero otras pueden no tolerarlo, o hay para quienes las hormonas no son recomendables) y analizar los requerimientos de la pareja y la frecuencia de las relaciones sexuales.

Lo básico entonces sería saber qué necesidades se tienen, qué opciones hay y cuál es la que mejor se adapta a lo que se busca. Sin embargo, varios estudios muestran que a la hora de elegir son otros los factores que más pesan. En países como México, por ejemplo, se ha visto que entre los jóvenes muchas veces la decisión de usar o no usar un condón se basa todavía en la apariencia de la persona ³⁵.

Según un estudio realizado por la asociación civil Ipas México en Iztapalapa y la ciudad de Tlaxcala, cuando se trata de prevenir una infección de transmisión sexual, los jóvenes argumentan que sólo lo consideran necesario si no conocen bien a la persona, llevan poco tiempo en la relación o saben que ha tenido varias parejas anteriores; de lo contrario, confían en que no hay mayores riesgos. Y si lo que buscan es prevenir embarazos no deseados, muchos optan por el condón, pero también de manera importante por el coito interrumpido y el ritmo, métodos que aunque se sabe que son muy poco seguros, tienen la ventaja de que no hay que comprarlos y nadie sabrá que los están usando. Digamos que en muchos de estos casos la practicidad y el miedo a ser descubiertos priman sobre la seguridad que el método puede ofrecer ³⁶.

En Filipinas, las autoridades buscaron conocer más a fondo la relación que existía entre la percepción que tenían las personas sobre los distintos métodos anticonceptivos y la preferencia o rechazo hacia ellos. Lo que encontraron es que efectivamente, la imagen que se tenía de los usuarios de cada método influía en la elección. Por ejemplo, se observó que los usuarios de condones eran percibidos como hombres inteligentes y educados, pero al mismo tiempo infieles, en busca de romances y poco satisfechos sexualmente, factores que hacían que muchos prefirieran no elegirlo para no ser identificados con estas características. A las usuarias del DIU las veían como mujeres con poco apetito sexual e imaginaban que sus encuentros sexuales serían dolorosos, un punto que alejaba a las usuarias potenciales. Las consumidoras de pastillas anticonceptivas fueron las mejor percibidas. Se les veía como mujeres profesionales, a la moda, buenas madres por planear sus embarazos y con mayores posibilidades de desarrollo, una imagen a la que más mujeres querían acercarse y que podía motivar el uso de este método.

Entre las habitantes de Escocia, también se ha visto que pesan más otros factores que la información y la efectividad a la hora de elegir un anticonceptivo. Un nuevo estudio encontró que, independientemente de que fuera seguro y con efecto prolongado, las escocesas rechazaban el uso del DIU porque no les atraía la idea de que un médico tuviera que insertárselos. Y en el caso de las pastillas anticonceptivas, su elección estaba más motivada por ser el método que usaban sus amigas que por un análisis de las diferentes opciones ³⁶.

La **motivación** está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo. La motivación también es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación. En efecto, la motivación está relacionada con el impulso, y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones ³⁷.

Los factores de información entre los que se incluye el nivel de información, la consejería en Planificación Familiar y la orientación del profesional de salud hacia determinado método, entre otras cosas. Se pueden distinguir dos vías de información, una extramural dada por los medios de comunicación y otra intramural dada por el profesional durante la consejería en salud sexual y reproductiva.

Los medios de comunicación por ser, quizás, el agente socializador más importante para el desarrollo de los comportamientos personales, pueden desempeñar un papel de gran importancia a través de la difusión amplia y transparente de contenidos e imágenes que tiendan a valorizar la sexualidad y la reproducción en la vida de las personas. La realidad actual muestra una influencia más bien negativa, a través de una excesiva erotización de los mensajes publicitarios y de la profusa difusión de material pornográfico por distintos medios.

En resumen, las distintas instituciones (Estado, gobiernos locales, sector salud, instituciones políticas y religiosas) deben ponerse al servicio de las personas, depositarias de derechos, ciudadanos, usuarios de servicios sociales, para permitirles el mayor grado de participación posible en el control de sus propias vidas. Sólo de esta forma se evitará introducir efectos desfavorables para su desarrollo humano integral y se favorecerá su presencia activa en los distintos espacios sociales en que se desenvuelven (hogar, familia, escuela, comunidad, trabajo, etc.). Es una tarea colectiva, responsabilidad de toda la sociedad.

En la vía de información intramural, El concepto de consejería no significa aconsejar, decirles a las personas lo que deben hacer. Se trata más bien de ayudarlas a decidir qué es lo mejor para ellas en su situación particular; asistirles, a través de la escucha y el entendimiento, para que puedan reconocer cómo se sienten, respetando sus creencias y valores (asesoramiento). Permite el desarrollo de confianza en sí misma, de autonomía.

Sobre la base de la información recibida y del diálogo con el consejero/a, el usuario/a adopta libremente su decisión, a partir de sus propias necesidades y de su situación personal. La interacción con el profesional, la escucha y el apoyo de éste, facilitan una apertura y explicitación de lo personal. La información procesada por el usuario/a le permite escoger dentro de la gama de métodos anticonceptivos disponibles. Es necesario explicar las ventajas, desventajas, limitaciones y contraindicaciones de todos los métodos en plaza, sin presionar o inducir la decisión final. Cuando sea posible, es de gran importancia que la decisión sea adoptada con el consenso de la pareja, lo que implica realizar la consejería para ambos.

Y por último los factores sexuales y reproductivos que son en gran medida de los que depende la usuaria para elegir un método de planificación; entre estas tenemos a la edad del primer embarazo, el número de hijos, la paridad satisfecha o no, el ideal

reproductivo, el inicio de las relaciones sexuales, la frecuencia de estas, los antecedentes de alguna patología tales como una ITS o algún síntoma asociado a ello, la historia anticonceptiva de la usuaria, las razones de discontinuidad, etc.

Todos estos factores se encuentran involucrados en el proceso de decisión de adquirir determinado producto. Ahora, es necesario precisar a que sector de la población va dirigido el producto, que en este trabajo estará delimitado por la población de usuarias del DIU del Centro de Salud CALLAO en el año 2009.

La Dirección de Salud I Callao (DISA I CALLAO) cuenta con tres (3) redes de salud: Bonilla, Ventanilla y Bepeca. La Red Bepeca (Bellavista-La Perla-Callao) a su vez tiene cuatro (4) microredes: Bellavista, Aeropuerto, Sesquicentenario y Callao. A ésta última pertenece el Centro de Salud Callao.

En términos geográficos, el centro de salud Callao está ubicado en la urbanización Tarapacá, pero no es la única urbanización de su jurisdicción, sino que además pertenecen a este Centro de Salud las siguientes urbanizaciones: Tarapacá, Pedro Ruiz Gallo, 2 de Julio, El Rocío, 10 de Junio, Los Pilares, De Industria y Comercio, San Fernando, Juan Pablo II y La Colonial; y los Asentamientos Humanos: 2 de Julio, Pilares Azules, Baquijano, San Martín, Simón Bolívar y Villa Fátima; estas son las zonas de intervención del trabajo de investigación.

A pesar de tener muchas urbanizaciones, la jurisdicción del Centro de Salud Callao es una zona urbano-marginal. La población se caracteriza por pertenecer a los niveles socioeconómicos medio bajo y bajo.

La población a la que el Centro de Salud Callao brinda servicios de salud, según la Dirección de Salud I Callao (DISA I CALLAO) para el año 2007 (es la última estadística registrada) es de 16 473 pobladores, de los cuales, aproximadamente, 1 489 son adolescentes mujeres de 10 a 19 años y 5 306 son mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años.

2.3 Glosario

- **Anemia:** Condición en la que el cuerpo carece de la hemoglobina adecuada, habitualmente a causa de una deficiencia de hierro o una pérdida excesiva de sangre. Como resultado, los tejidos no reciben el oxígeno adecuado.
- **Cáncer cervical:** Proliferación maligna (cancerosa) que aparece en el cérvix, habitualmente debida a una infección persistente con ciertos tipos de papilomavirus humano.
- **Candidiasis:** Infección vaginal común provocada por un hongo del tipo de las levaduras. Se la conoce también como infección por levadura o muguet. No es una infección de transmisión sexual.
- **Cervicitis purulenta:** Inflamación del cérvix que se acompaña de una secreción con aspecto purulento. A menudo indica infección con gonorrea o clamidia.
- **Ciclo menstrual:** Serie repetida de modificaciones en los ovarios y endometrio entre las que se incluyen ovulación y sangrado menstrual. La mayoría de las mujeres tienen ciclos que duran entre 24 y 35 días cada uno.
- **Descontaminar (equipo médico):** Eliminar los gérmenes infecciosos de los instrumentos, guantes y otros objetos para hacerlos más seguros para la gente que los limpia.
- **Desinfección de alto nivel (instrumentos médicos):** Proceso destinado a destruir todos los gérmenes, pero que no logra destruir algunas formas de bacterias.
- **Endometrio:** Membrana que recubre la superficie interna del útero. Se engrosa y se descama una vez al mes, provocando el sangrado mensual. Durante el embarazo, este revestimiento no se descama, sino que sufre modificaciones y produce hormonas, ayudando a dar soporte al embarazo.

- **Espéculo:** Instrumento médico utilizado para ampliar un orificio en el cuerpo para ver mejor hacia adentro. Se introduce un espéculo en la vagina para ayudar a ver el cérvix.
- **Espermatozoide:** Célula sexual masculina. Los espermatozoides se producen en los testículos de un hombre adulto y se mezcla con semen en las vesículas seminales, siendo liberados durante la eyaculación.
- **Expulsión:** Cuando se produce la salida completa o parcial de su lugar de un implante anticonceptivo o dispositivo intrauterino.
- **Fertilización:** Unión de un óvulo con un espermatozoide.
- **Implantación:** Anidación del embrión en el endometrio del útero, donde se pone en contacto con el aporte sanguíneo de la mujer para nutrirse.
- **Infección de transmisión sexual (ITS):** Cualquier grupo de infecciones bacterianas, micóticas, virales y parasitarias transmitidas durante la actividad sexual.
- **Infertilidad:** Incapacidad de una pareja de producir hijos vivos.
- **Menarca:** Comienzo de los ciclos de sangrado mensual. Ocurre durante la pubertad, luego que las niñas comienzan a producir estrógeno y progesterona.
- **Menopausia:** Período durante la vida de una mujer en la que los sangrados menstruales se interrumpen de manera permanente. Tiene lugar cuando los ovarios de una mujer dejan de producir óvulos. Se considera que una mujer está menopausica cuando no ha sangrado durante 12 meses.
- **Ovulación:** Liberación de un óvulo de un ovario.
- **Papilomavirus humano (PVH):** Virus frecuente, sumamente contagioso, que se contagia mediante la actividad sexual y contacto piel con piel en el área genital. Hay ciertos subtipos de PVH que son responsables de la

mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino; otros tipos producen verrugas genitales.

- **Perforación uterina:** Perforación de la pared del útero, que puede ocurrir durante un aborto inducido o al insertar un dispositivo intrauterino.
- **Vagina:** Canal que une los órganos sexuales externos con el útero en las mujeres.

2.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Identificar los factores que influyen en el uso de Dispositivos Intrauterinos en mujeres en edad reproductiva y activas sexualmente.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores demográficos asociados al uso de DIU como Método Anticonceptivo para limitar o espaciar el embarazo.
- Identificar los factores socio-económicos asociados al uso de DIU como Método Anticonceptivo para limitar o espaciar el embarazo.
- Identificar los factores psicológicos asociados al uso de DIU como Método Anticonceptivo para limitar o espaciar el embarazo.
- Identificar los factores de información asociados al uso de DIU como Método Anticonceptivo para limitar o espaciar el embarazo.
- Identificar los factores sexuales y reproductivos asociados al uso de DIU como Método Anticonceptivo para limitar o espaciar el embarazo.
- Identificar el grado de asociación entre las variables demográficas, socio-económicas, psicológicas, de información, sexuales y reproductivas que determinen el uso del DIU como Método Anticonceptivo.

2.5 Variables de la investigación

Variable independiente

Factores asociados al uso de Dispositivo Intrauterino.

Variable dependiente

Uso del Dispositivo Intrauterino.

2.6 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Criterios de medición del indicador	Naturaleza y escala	Técnica e instrumento de recolección
D E M O G R Á F I C A	Edad	Tiempo transcurrido entre la fecha de su nacimiento y la fecha actual	15-19	edad referida por la usuaria	Cuantitativa continua	Encuesta
			20-24			
			25-29			
			30-34			
			35-39			
			40-44			
			44-49			
	Estado civil	Grado de relación que tiene con una determinada persona	soltera	Estado civil referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
			casada			
			conviviente			
			divorciada			
			viuda			
	Nivel educativo	Grado de instrucción	sin estudios	El grado de instrucción referido por la usuaria	Cualitativa ordinal	
			primaria			
			secundaria			
			sup. técnica			
			superior univ			
	Procedencia	Región natural donde nació	costa	Procedencia referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
			sierra			
			selva			
	Ocupación	Cargo que ocupa en la sociedad y por la que recibe un sueldo	ama de casa	Ocupación referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
			obrero			
			empleada			
			comerciante			
	Religión	Credo que profesa	católica	Religión referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
			evangélica			
			mormona			

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Criterios de medición del indicador	Naturaleza y escala	Técnica e instrumento de recolección
S O C I O E C O N Ó M I C A	Ocupación del jefe de familia	Oficio que desempeña el jefe de familia	sin empleo obrero empleado comerciante	Oficio referido por la usuaria	Cualitativa nominal	Encuesta
	Ingresos económicos	Principal fuente de ingresos de la familia	fortuna heredada honorarios profesionales sueldo mensual salario a destajo donaciones	Referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
	Estrato socio-económico	Puntaje alcanzado a criterios de la escala Graffar-Mendéz	estrato I estrato II estrato III estrato IV estrato V	4,5,6 7,8,9 10,11,12 13,14,15,16 17,18,19,20	Cualitativa ordinal	
	Tipo de familia	Clasificación familiar según los miembros que viven en el mismo hogar	familia nuclear familia extensa	padres e hijos padres, hijos, tios, abuelos, etc.	Cualitativa nominal	
	Ingresos personales	Ingreso monetario personal producto de un trabajo	en soles	0 0-500 500-1000 1000-1500 más de 1500	Cuantitativa continua	
	Grupos de referencia	conocimiento de si alguna persona de su entorno usa el DIU	si no	Respuesta referida por la usuaria	Cualitativa nominal	
	Parentesco	Grado de parentesco que tiene la persona que usa el DIU con la entrevistada	mamá amiga cuñada hermana	Respuesta referida por la usuaria	Cualitativa nominal	

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Criterios de medicion del indicador	Naturaleza y escala	Técnica e instrumento de recolección
P S I C O L Ó G I C A	Decisión	Determinación que se toma de usar o no el DIU	si	Respuesta referida por la usuaria	Cualitativa nominal	Encuesta
			no			
			indecisa			
	Motivación	Factor psicológico que predispone al individuo para realizar ciertas acciones o elecciones	totalmente motivada	Escala tipo Likert	Cualitativa ordinal	
			muy motivada			
			motivacion moderada			
			poco motivada			
	Calificación	Valorar, apreciar o apreciar las cualidades del DIU	muy malo	Escala tipo Likert	Cualitativa ordinal	
			malo			
			regular			
			buena			
			muy buena			

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Criterios de medicion del indicador	Naturaleza y escala	Técnica e instrumento de recolección
D E I N F O R M A C I Ó N	Información	Conjunto de conocimientos que son transmitidos a la usuaria respecto a los MAC	si	Recibió o no información	Cualitativa nominal	Encuesta
			no			
	Informante	Persona a la cual la usuaria reconoce como la que le proporcionó información	obstetriz	Persona que le proporcionó información de los MAC	Cualitativa nominal	
			médico			
			enfermera			
	Método de planificación orientado	MAC que fue recomendado más que otro en la consulta de PPFF	ninguno	MAC sugerido	Cualitativa nominal	
			píldora			
			inyectable			
			preservativo			
			T de cobre			

Variable	Dimensión	Definición	Indicador	Criterios de medicion del indicador	Naturaleza y escala	Técnica e instrumento de recolección
SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Edad del primer embarazo	Edad cronológica en la que la usuaria quedó embarazada por primera vez	de los 10 a 49 años de edad	Edad del primer embarazo referido por la usuaria	cuantitativa continua	Encuesta
	Paridad	El número de hijos anteriormente nacidos vivos de una mujer	no tiene	Cantidad referida por la usuaria	cuantitativa discreta	
			1			
			2			
			más de 3			
	Paridad satisfecha	Sentimiento de tener el número de hijos que deseaba tener	si	Deseo o no de tener más hijos referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
			no			
	Paridad ideal	Número ideal de hijos si la mujer pudiese comenzar de nuevo	0	Referido por la usuaria	Cuantitativa discreta	
			1			
			2			
			3			
	Mayor periodo internatal	Mayor cantidad de tiempo transcurrido entre dos hijos nacidos vivos	en meses	Referido por la usuaria	Cuantitativa continua	
	Inicio de relaciones sexuales	Edad cronológica en la que la usuaria tuvo su primera relación sexual	en años	Referido por la usuaria	Cuantitativa continua	
	Embarazo ectópico	Antecedente de embarazo ectópico, ITS y de flujo vaginal	si	Referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
	ITS		no			
	Flujo vaginal					
	MAC previo	MAC inmediatamente anterior a la inserción del DIU	ninguno	Referido por la usuaria	Cualitativa nominal	
			pildora			
			inyectable			
preservativo						
MELA						
ritmo						
		retiro				

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

Investigación no experimental, transversal y descriptiva.

3.2 Población

La población esta delimitada por las mujeres en edad fértil que acuden al servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Callao y les fue colocado el DIU, en el periodo Enero –Diciembre del 2009.

3.3 Diseño muestral

Unidad de análisis

Es la usuaria del servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Callao a la que se le colocó el DIU en el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año 2009.

Tamaño de la muestra

La muestra fue seleccionada con todas las usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, necesarios para la realización del presente estudio, de las cuales se obtuvo un total de 108 usuarias que cumplieron con ambos criterios.

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que este utilizando el DIU.
- Mujeres que deseen participar en el estudio.
- Mujeres que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Mujeres con problemas psiquiátricos o desordenes de la conducta.
- Mujeres que tengan algún tipo de impedimento para expresar sus ideas.
- Mujeres que no acepten el consentimiento informado.

3.4 Técnica de recolección de datos

La técnica fue la encuesta, el instrumento fue la entrevista estructurada (**ANEXO 1**) a las usuarias del servicio de Planificación Familiar a las que se les colocó el DIU y cumplían los criterios de estudio. A través de este instrumento se recolectaron los datos correspondientes a los diversos factores que podrían determinar el uso del DIU, entre los cuales se encuentra la edad, el nivel educativo, el estrato social, los grupos de referencia, la motivación, la decisión, la información y orientación en planificación familiar, la historia anticonceptiva, entre otras.

En lo que respecta a la validación del instrumento, este fue sometido a un juicio de expertos por profesionales de la salud en el ámbito sexual y reproductivo, además de un bioestadista con experiencia en este tipo de estudios (**ANEXO 2**).

Una vez validado el instrumento se procedió a realizar una prueba piloto con veinte (20) usuarias del DIU (no correspondientes a la población en estudio). Para analizar la confiabilidad del instrumento se utilizó la prueba de alfa Cronbach (**ANEXO N° 3**) aplicable a escalas de varios valores posibles, con la cual se obtuvo un coeficiente igual a 0.76, el cual para fines de investigación es considerado aceptable.

3.5 Procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos y la tabulación de estos se utilizó un computador, programa Microsoft Excel 2007; estos datos fueron vaciados al programa SPSS (paquete estadístico versión 15.0).

El análisis estadístico univariado se realizó mediante la distribución de frecuencias, para el análisis estadístico bivariado se utilizaron tablas de contingencia a las cuales se les aplicó la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado.

IV RESULTADOS

**TABLA N° 1: FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL USO DEL DIU EN
USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C. S. CALLAO.
ENERO – DICIEMBRE 2009**

FACTORES DEMOGRÁFICOS			
		N	%
EDAD	15-19	4	3.7
	20-24	7	6.5
	25-29	14	13
	30-34	12	11.1
	35-39	9	8.3
	40-44	23	21.3
	45-49	39	36.1
	TOTAL	108	100
ESTADO CIVIL	SOLTERA	2	1.9
	CASADA	31	28.7
	CONVIVIENTE	75	69.4
	TOTAL	108	100
PROCEDENCIA	COSTA	97	89.8
	SIERRA	8	7.4
	SELVA	3	2.8
	TOTAL	108	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	4	3.7
	SECUNDARIA	90	83.3
	SUPERIOR	14	13
	TOTAL	108	100
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	81	75
	OBRERA	7	6.5
	EMPLEADA	14	13
	COMERCIANTE	6	5.6
	TOTAL	108	100

Se puede apreciar que las usuarias del DIU adolescentes corresponde al 3.7% (4) de la muestra, luego encontramos un ascenso de la frecuencia del uso en las usuarias correspondientes a la edad comprendida entre los 25 y 29 años con un 13% (14), para

luego descender hasta los 35 a 39 años con un 8.3% (9) y a partir de aquí se eleva drásticamente, obteniendo un pico entre las edades de 45 a 49 años (límite superior de la edad reproductiva) con una 36.1% (39).

En los que respecta a estado civil, vemos que casi las tres cuartas partes de la muestra (69.4%) convive con su pareja, poco más de la cuarta parte (28.7%) es casada, y en menor medida es soltera (1.9%). La gran mayoría de la muestra nació en la costa (89.8%), luego le sigue en frecuencia las usuarias nacidas en la sierra (7.4%) y en menor porcentaje (2.8%) las nacidas en la selva.

La frecuencia de usuarias del DIU que estudiaron secundaria es del 83.3%, y en menor frecuencia están las usuarias con educación superior con un 13%, de estas, 9.3% tuvieron educación técnica y 3.7% educación universitaria; por último, las usuarias con solo primaria que son el 3.7% de la muestra.

Las tres cuartas partes de la muestra tienen por ocupación la de ser amas de casa, hay que tomar en cuenta que estas usuarias no perciben ningún tipo de sueldo por tal condición. Las usuarias del DIU que son empleadas se encuentran con una frecuencia del 13% y en menor medida son obreras y comerciantes con una 6.5% y 5.6% respectivamente.

TABLA N° 1.1: ESTADO CIVIL SEGÚN LA OCUPACIÓN

		OCUPACIÓN				TOTAL
		AMA DE CASA	OBRERA	EMPLEADA	COMERCIANTE	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	0	0	1	1	2
		0%	0%	50%	50%	100%
	CASADA	21	1	8	1	31
		67.7%	3.2%	25.8%	3.2%	100%
	CONVIVIENTE	60	6	5	4	75
		80%	8%	6.7%	5.3%	100%
TOTAL		81	7	14	6	108
		75%	6.5%	13%	5.6%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.647 ^a	6	.005
Razón de verosimilitudes	14.647	6	.023
Asociación lineal por lineal	6.992	1	.008
N de casos válidos	108		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es .11.

Se observa que del total de convivientes, el 80% son amas de casa, 8% son obreras, 6.7% empleadas y 5.3% comerciantes; del total de casadas, el 67.7% son amas de casa, 3.2% son obreras, 25.8% son empleadas y 3.2% son comerciantes; en el grupo de las solteras no se encuentran amas de casa ni obreras pero si empleadas y comerciantes en un 50% para cada una. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.005$).

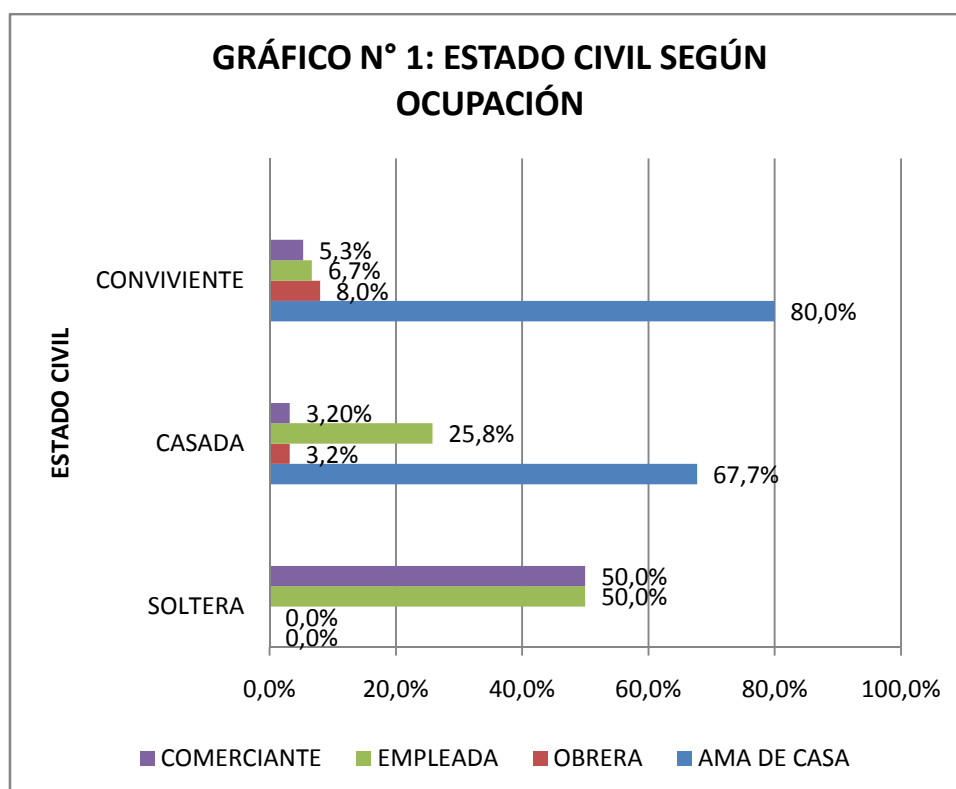


TABLA N° 1.2: GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA PROCEDENCIA

		PROCEDENCIA			TOTAL
		COSTA	SIERRA	SELVA	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	1	2	1	4
		25%	50%	25%	100%
	SECUNDARIA	82	6	2	90
		91.1%	6.7%	2.2%	100%
	SUPERIOR TECNICA	10	0	0	10
		100%	0%	0%	100%
	SUPERIOR UNIVERSITARIA	4	0	0	4
		100%	0%	0%	100%
TOTAL		97	8	3	108
		89.8%	7.4%	2.8%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.549 ^a	6	.002
Razón de verosimilitudes	12.676	6	.048
Asociación lineal por lineal	7.059	1	.008
N de casos válidos	108		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es .11.

Se observa que el 100% de las usuarias con educación superior tanto técnica como universitaria pertenecen a la Costa; las usuarias con educación secundaria pertenecen a la Costa en un 91.1%, a la Sierra en un 6.7% y a la Selva con un 2.2%; las usuarias con educación primaria pertenecen a la Costa con un 25%, a la Sierra en un 50% y a la Selva en un 25%. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.002$).

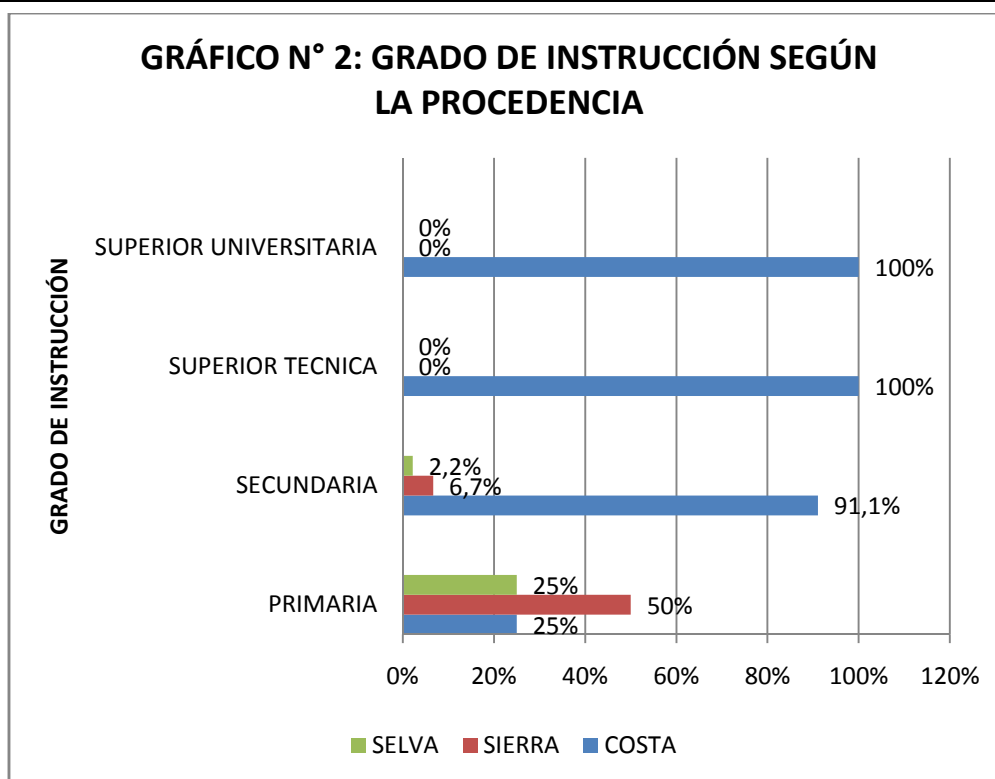


TABLA N° 1.3: GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN

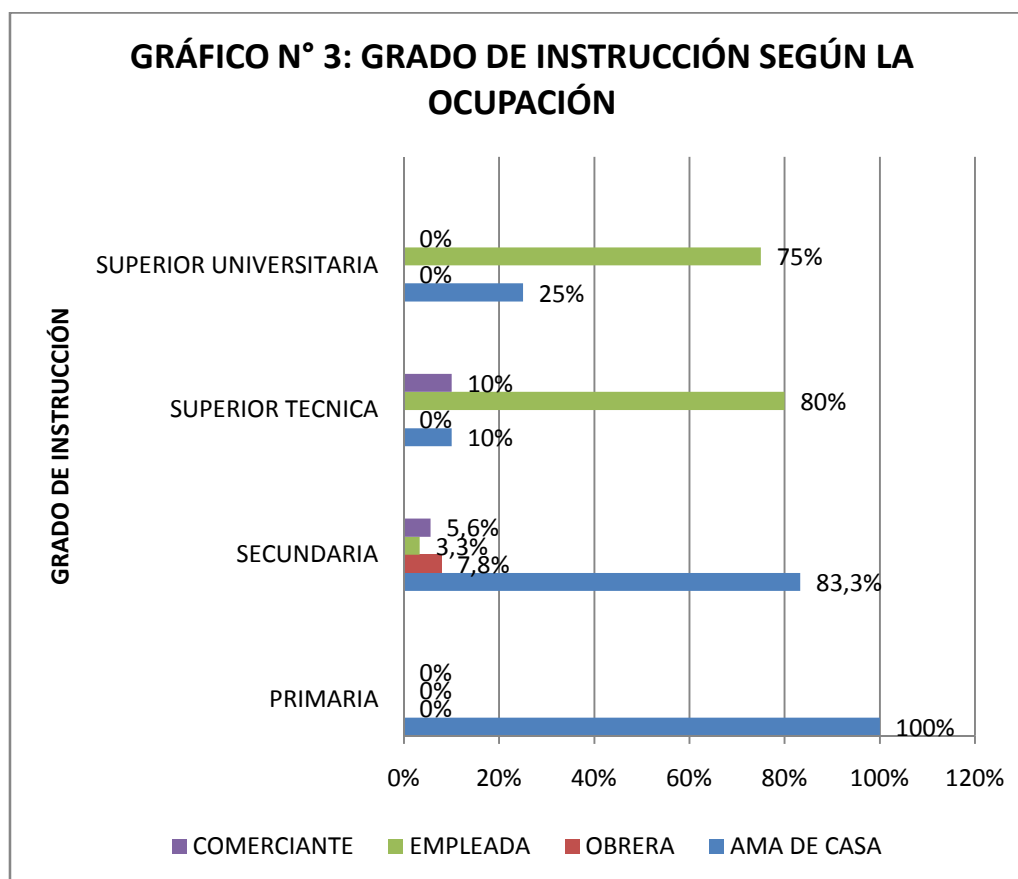
		OCUPACIÓN				TOTAL
		AMA DE CASA	OBRERA	EMPLEADA	COMERCIANTE	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	4	0	0	0	4
		100%	0%	0%	0%	100
	SECUNDARIA	75	7	3	5	90
		83.3%	7.8%	3.3%	5.6%	100%
	SUPERIOR TECNICA	1	0	8	1	10
		10%	0%	80%	10%	100
	SUPERIOR UNIVERSITARIA	1	0	3	0	4
		25%	0%	75%	0%	100
TOTAL		81	7	14	6	108
		75%	6.5%	13%	5.6%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63.833 ^a	9	.000
Razón de verosimilitudes	47.109	9	.000
Asociación lineal por lineal	24.292	1	.000
N de casos válidos	108		

a. 11 casillas (68.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a
5. La frecuencia mínima esperada es .22.

Se observa que el total de usuarias con educación primaria son amas de casa; del total de usuarias con educación secundaria el 83.3% son amas de casa, 7.8% son obreras, 3.3% son empleadas y el 5.6% son comerciantes; del total de usuarias con educación superior técnica el 10% son amas de casa, 80% son empleadas y el 10% son comerciantes; del total de usuarias con educación superior universitaria el 25% son amas de casa, 80% son empleadas y el 10% son comerciantes. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.000$).



FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS

**TABLA N° 2: FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS AL USO DEL DIU EN
USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C. S. CALLAO.
ENERO – DICIEMBRE 2009**

FACTORES SOCIO - ECONÓMICOS			
		N	%
PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	OBRERO	57	52.8
	EMPLEADO	42	38.9
	COMERCIANTE	9	8.3
	TOTAL	108	100
TIPO DE FAMILIA	FAMILIA NUCLEAR	67	62
	FAMILIA EXTENSA	41	38
	TOTAL	108	100
ESTRATO SOCIAL	ESTRATO II	3	2.8
	ESTRATO III	72	66.7
	ESTRATO IV	33	30.6
	TOTAL	108	100
GRUPOS DE REFERENCIA	MAMÁ	1	0.9
	AMIGA	48	44.4
	CUÑADA	6	5.6
	HERMANA	1	0.9
	TOTAL	56	51.9
INGRESOS PERSONALES	0	81	75
	MENOS DE 500	5	4.6
	DE 500 A 1000	17	15.8
	DE 1000 A 1500	5	4.6
	TOTAL	108	100

La ocupación del jefe de familia es un dato importante por que nos da un indicio del nivel socio-económico de la usuaria del DIU. Vemos que poco más de la mitad trabaja como obrero (52.8%), luego están los que trabajan como empleados con un 38.9% y en menor medida los que se desempeñan como comerciantes (8.3%)

La familia es un referente importante en la toma de decisión de método anticonceptivo, ya que nos permite estimar el tamaño de esta en función de la cantidad de individuos que la conforma, así es que hallamos que la mayoría de mujeres usuarias del DIU vive solo con su pareja e hijos (62%) y en menor medida las usuarias que pertenecen a familias extensas que incluyen aparte de la pareja y los hijos, otros miembros; la frecuencia de este tipo de familia es de un 38%.

Para obtener el estrato social existen diversas escalas, para propósitos de esta investigación se utilizó la de Méndez – Castellano modificada, la cual se basa en cuatro pilares: profesión del jefe de familia, nivel educativo de la madre, la principal fuente de ingreso familiar y por último las condiciones de la vivienda. Es así que se obtiene que el 66.7% pertenece al Estrato III (o medio), el 30.6% pertenece al Estrato IV (bajo) y por último con un 2.8 % las usuarias que pertenecen al Estrato II (alto).

Los grupos de referencia, son aquellas personas del entorno de la usuaria del DIU que, al igual que esta, se encuentran utilizando el DIU. La frecuencia de mujeres que tiene alguna conocida usando el DIU es de 56 que corresponde al 51.9% de la muestra; es decir que poco más de la mitad de usuarias tiene alguna conocida que también esta usando el DIU. De la tabla y el gráfico se aprecia que el 44.4% es una amiga y el 7.4% se encuentra en el ámbito familiar (entre cuñada, mamá y hermana).

Como se aprecia, el 75% no percibe ningún tipo de salario, y este grupo corresponde a las usuarias que son amas de casa. El 4.6% recibe un sueldo inferior a los 500 nuevos soles, el 15.8% recibe un sueldo entre 500 y 1000 nuevos soles y por último las usuarias que reciben un sueldo de entre 1000 a 1500 nuevos soles, que corresponden al 4.6% de la muestra.

TABLA N° 2.1: ESTRATO SOCIAL SEGÚN LA PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

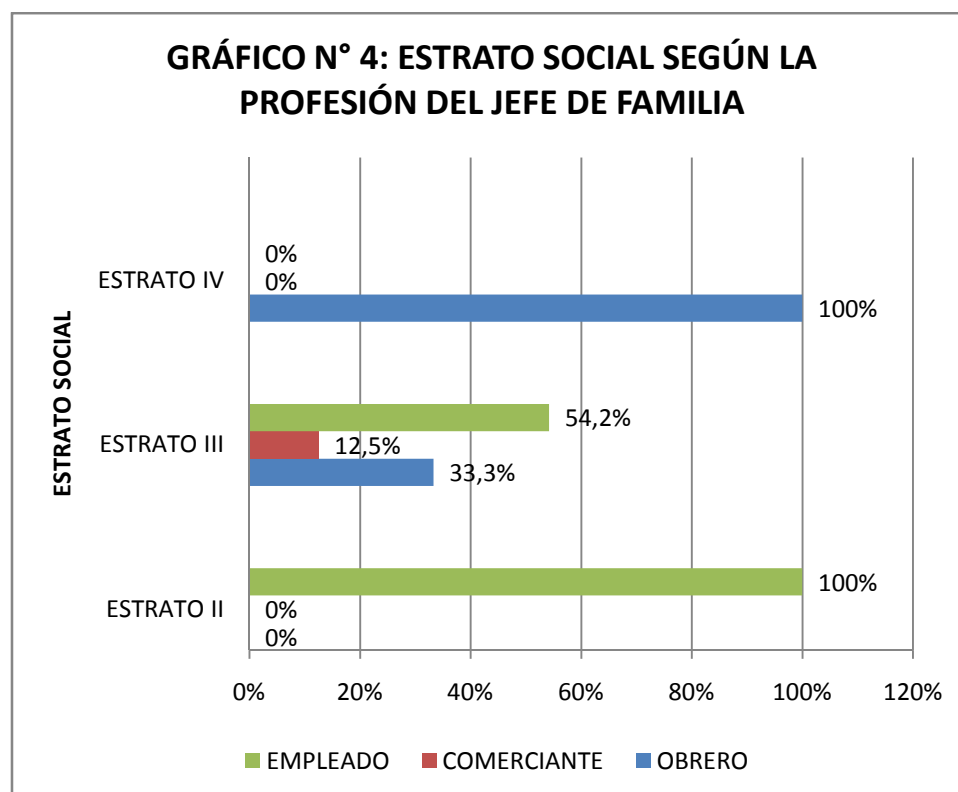
		PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA			TOTAL
		OBRERO	COMERCIANTE	EMPLEADO	
ESTRATO SOCIAL	ESTRATO II	0	0	3	3
		0%	0%	100%	100%
	ESTRATO III	24	9	39	72
		33.3%	12.5%	54.2%	100
	ESTRATO IV	33	0	0	33
		100%	0%	0%	100%
TOTAL		57	9	42	108
		52.8%	8.3%	38.9%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45.220 ^a	4	.000
Razón de verosimilitudes	58.933	4	.000
Asociación lineal por lineal	33.489	1	.000
N de casos válidos	108		

a. 4 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es .25.

Se observa que el 100% de usuarias que pertenecen al Estrato IV (medio bajo) viven en hogares donde el jefe de familia se desempeña como obrero; de las usuarias pertenecientes al Estrato III (medio) el 33.3% de los jefes de familia son obreros, el 12.5% son comerciantes y el 54.2% son empleados; el total de usuarias del Estrato II (medio alto) viven en hogares donde el jefe de familia se desempeña como empleado. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.000$).



**TABLA N° 2.2: ESTRATO SOCIAL SEGÚN LOS INGRESOS PERSONALES DE LA
USUARIA DEL DIU**

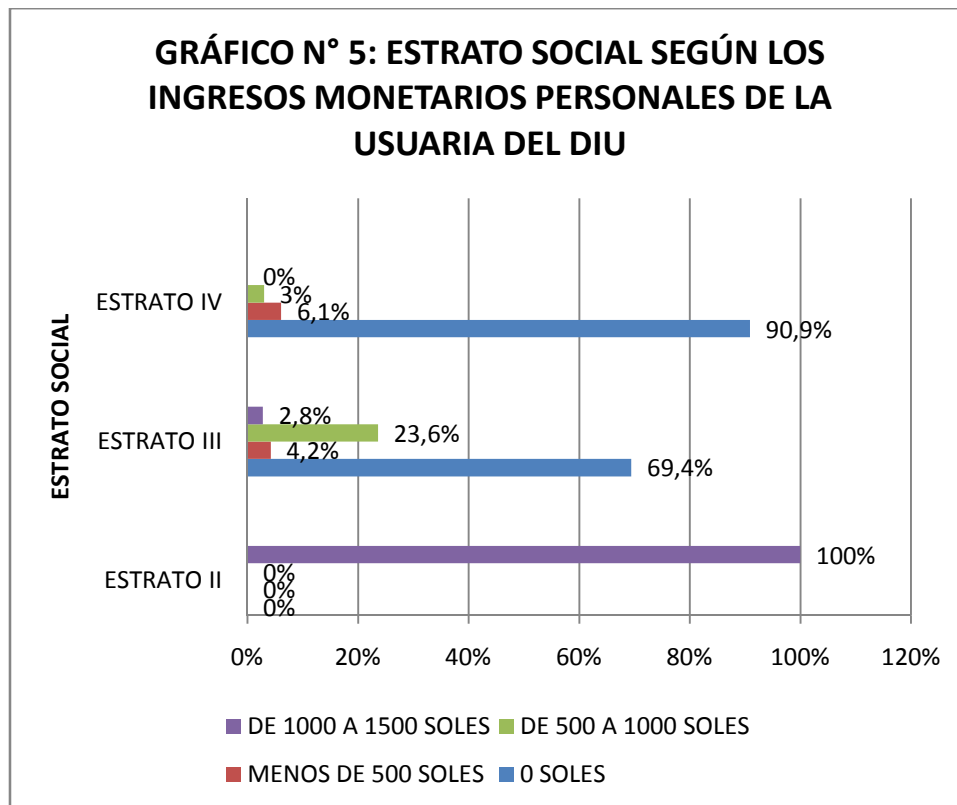
		INGRESOS MONETARIOS PERSONALES				TOTAL
		0 SOLES	MENOS DE 500 SOLES	DE 500 A 1000 SOLES	DE 1000 A 1500 SOLES	
ESTRATO SOCIAL	ESTRATO II	0	0	0	3	3
		0%	0%	0%	100%	100%
	ESTRATO III	50	3	17	2	72
		69.4%	4.2%	23.6%	2.8%	100%
	ESTRATO IV	30	2	1	0	33
		90.9%	6.1%	3%	0%	100%
TOTAL		80	5	18	5	108
		74.1%	4.6%	16.7%	4.6%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71.277 ^a	6	.000
Razón de verosimilitudes	31.105	6	.000
Asociación lineal por lineal	17.578	1	.000
N de casos válidos	108		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es .14.

Se observa que el 90.9% de las usuarias que pertenecen al Estrato IV (medio bajo) no perciben ningún tipo de salario, el 6.1% gana menos de 500 soles y el 3% gana entre 500 a 1000 soles; de las usuarias del Estrato III (medio) el 69.4% no percibe ningún sueldo, el 4.2% gana menos de 500 soles, el 23.6% gana entre 500 a 1000 soles y el 2.8% gana entre 1000 y 1500 soles; el total de usuarias del DIU que pertenecen al Estrato II (medio alto) ganan de 1000 a 1500 soles mensuales. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.000$).



FACTORES PSICOLÓGICOS

**TABLA N° 3: FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL USO DEL DIU EN
USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C. S. CALLAO.
ENERO – DICIEMBRE 2009**

FACTORES PSICOLÓGICOS			
		N	%
DECISIÓN DE USAR EL DIU	SI	20	18.5
	INDECISA	42	39.9
	NO	46	42.6
	TOTAL	108	100
MOTIVACIÓN POR USAR EL DIU	TOTALMENTE MOTIVADA	2	10
	MUY MOTIVADA	11	55
	MOTIVACION MODERADA	7	35
	TOTAL	20	100
CALIFICACIÓN ASIGNADA AL DIU	REGULAR	13	12
	BUENA	73	67.6
	MUY BUENA	22	20.4
	TOTAL	108	100

La usuaria del servicio de Planificación Familiar llegan a este generalmente con una idea del método anticonceptivo que desean usar, en menor medida no tienen ninguna idea de cual método elegir y es donde la orientación y consejería entran a tallar. Las usuarias del DIU que tenían decidido escoger este método antes de la consulta corresponden al 18.5% de la muestra, el porcentaje que no tenia decidido escoger el DIU pero que si lo tenia en cuenta fue del 38.9% y en mayor medida se encuentran las usuarias que no tenían decidido escoger el DIU y ni lo tenían en cuenta, con un 42.6%.

Son muchos los factores que estimulan a la usuaria a escoger o decidirse por el DIU, a las usuarias que decidieron en el mismo momento de la consulta de Planificación Familiar fue el factor información, es por ello que solo se les pregunto por la motivación que tenían por usar el DIU a las veinte (20) usuarias que ya tenían decidido, antes de la consulta, el usar el DIU. De este grupo la que calificó su motivación como “totalmente motivada” corresponde al 10%, las que eligieron “muy motivada” son el 55% y por último las que eligieron “motivación moderada” son el 35%.

A la totalidad de las usuarias se les preguntó sobre como calificaría al DIU, es así que se obtuvo que el 12% lo califica como “regular”, el 67.6% lo califica como “bueno” y el 20.4% restante lo califica como “muy bueno”.

TABLA N° 3.1: CALIFICACIÓN DADA AL DIU SEGÚN SE TUVO LA DECISIÓN DE USAR ESTE MÉTODO ANTES DE LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

		DECISIÓN DE USAR EL DIU			TOTAL
		SI	INDECISA	NO	
CALIFICACIÓN DEL DIU	REGULAR	0	4	9	13
		0%	30.8%	69.2%	100%
	BUENO	10	31	32	73
		13.7%	42.5%	43.8%	100%
	MUY BUENO	10	7	5	22
		45.5%	31.8%	22.7%	100%
TOTAL		20	42	46	108
		18.5%	38.9%	42.6%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.917 ^a	4	.002
Razón de verosimilitudes	17.005	4	.002
Asociación lineal por lineal	4.238	1	.040
N de casos válidos	108		

a. 2 casillas (22.2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2.41.

Se observa que del total de usuarias que calificaron el DIU como “muy bueno” el 45.5% ya tenían decidido elegir este método antes de asistir a la consulta de planificación familiar, el 31.8% estaba indecisa y el 22.7% no lo había ni siquiera

tomado en cuenta; del total de usuarias que calificaron el DIU como “bueno” el 13.7% ya tenían decidido usar el DIU antes de la consulta de planificación familiar, el 42.5% estaba indecisa y el 43.8% ni siquiera lo había tomado en cuenta antes de la consulta; del total de usuarias que lo califican como “regular” el 30.8% estaba indecisa al momento de la consulta y el 69.2% no lo había considerado siquiera. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.002$).

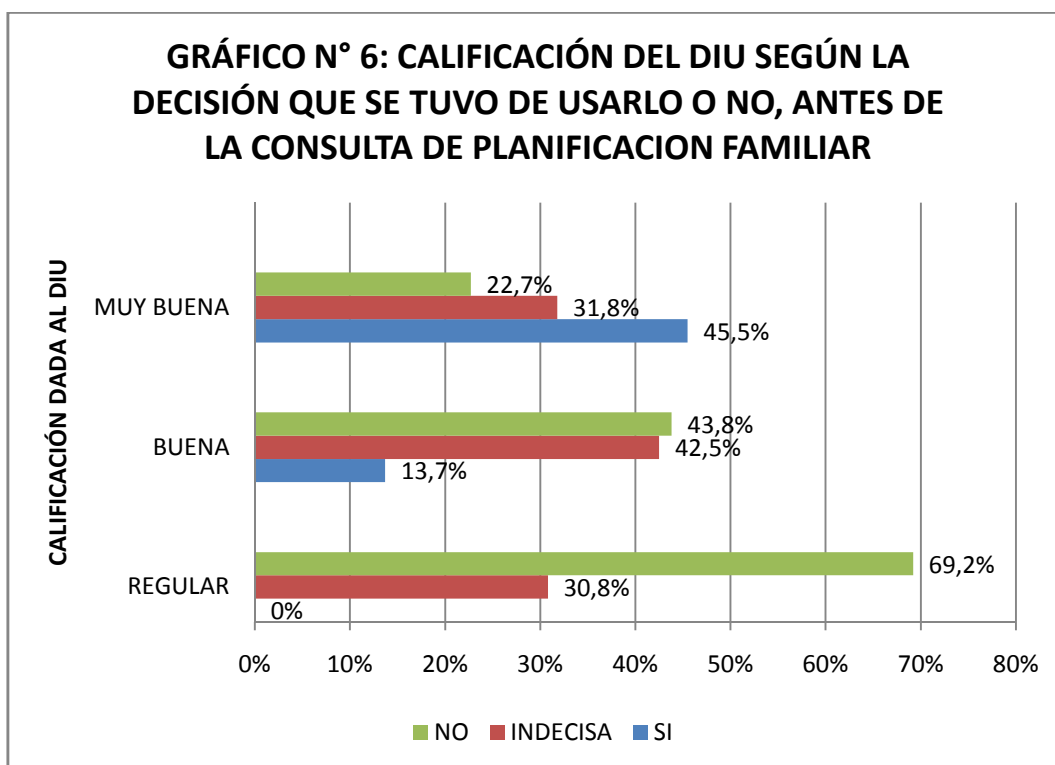


TABLA N° 3.2: CALIFICACIÓN DADA AL DIU SEGÚN LA MOTIVACIÓN QUE SE TUVO PARA OPTAR POR ESTE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

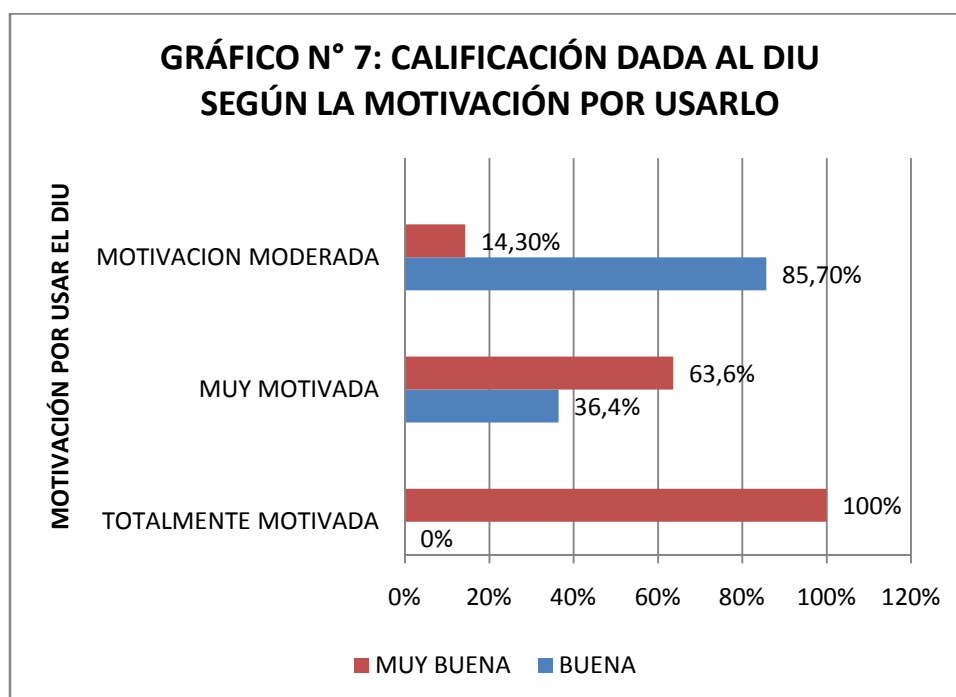
		CALIFICACIÓN DADA AL DIU		TOTAL
		BUENO	MUY BUENO	
MOTIVACIÓN QUE SE TUVO POR USAR EL DIU	TOTALMENTE MOTIVADA	0	2	2
		0%	100%	100%
	MUY MOTIVADA	4	7	11
		36.4%	63.6%	100%
	MOTIVACION MODERADA	6	1	7
		85.7%	14.3%	100%
TOTAL		10	10	20
		50%	50%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.390 ^a	2	.041
Razón de verosimilitudes	7.564	2	.023
Asociación lineal por lineal	6.006	1	.014
N de casos válidos	20		

a. 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.00.

Se observa que el DIU es calificado según la motivación que se tuvo por usar este método anticonceptivo desde antes de la consulta de planificación familiar, es así que la calificación aumenta a medida que se tuvo una mayor motivación por usarlo. El 85.7% de las usuarias que tuvieron una “motivación moderada” o menor lo califican como “bueno” en contraste con el 100% de usuarias que lo califican como “muy bueno”. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.041$).



FACTORES DE INFORMACIÓN

**TABLA N° 4: FACTORES DE INFORMACIÓN ASOCIADOS AL USO DEL DIU EN
USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C. S. CALLAO.
ENERO – DICIEMBRE 2009**

FACTORES DE INFORMACIÓN			
		N	%
¿RECIBIÓ INFORMACIÓN?		108	100
PERSONAL DE SALUD QUE LE BRINDO LA INFORMACIÓN	OBSTETRIZ	108	100
MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SUGERIDO	NINGUNO	76	70.4
	DIU	31	28.7
	OTROS	1	0.9
MITOS RELACIONADOS AL USO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO	EL DIU ES ABORTIVO	3	2.8
	EL DIU CAUSA INFERTILIDAD	0	0
	EL DIU CAUSA INCOMODIDAD A LA PAREJA	3	2.8
	EL DIU SE PUEDE MOVER A OTRAS PARTES DEL CUERPO	0	0
	EL DIU PRODUCE CÁNCER	0	0

El total de encuestadas refiere haber recibido información sobre Planificación Familiar y además que ésta fue proporcionado por la Obstetrix del Centro de Salud. Al 70.4% no se le sugirió ningún método en particular, al 28.7% se le orientó por el uso del DIU y al 0.9% restante se le sugirió otro método anticonceptivo.

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

**TABLA N° 5: FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ASOCIADOS AL USO
DEL DIU EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL C. S.
CALLAO. ENERO – DICIEMBRE 2009**

FACTORES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS			
		N	%
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	15-19	37	34.3
	20-24	66	61.1
	25-29	5	4.6
	TOTAL	108	100
NÚMERO DE HIJOS VIVOS	1	16	14.8
	2	26	24.1
	3	43	39.8
	4	18	16.7
	5	3	2.8
	6	2	1.9
	TOTAL	108	100
EL NÚMERO ACTUAL DE HIJOS ES EL DESEADO	SI	63	58.3
	NO	43	41.7
	TOTAL	108	100
NÚMERO IDEAL DE HIJOS	1	6	5.6
	2	48	44.4
	3	52	48.1
	4	2	1.9
	TOTAL	108	100
MAYOR PERIODO INTERGENÉSICO	1 -- 2	4	3.7
	3 -- 10	87	79.6
	MÁS DE 10	2	1.9
	TOTAL	92	85.2
ANTECEDENTES DE:	EMBARAZO ECTÓPICO	0	0
	ITS	3	2.8
	FLUJO VAGINAL	29	26.9
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	15-19	59	54.6
	20-24	49	45.4
	TOTAL	108	100

MÉTODO ANTICONCEPTIVO INMEDIATAMENTE ANTERIOR A LA INSERCIÓN DEL DIU	PÍLDORA	40	37
	INYECTABLE	55	50.9
	PRESERVATIVO	9	8.3
	MELA	1	0.9
	ABSTINENCIA PERIÓDICA/RITMO	2	1.9
	RETIRO	1	0.9
	TOTAL	108	100
RAZONES DE DISCONTINUIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIO A LA UTILIZACIÓN DEL DIU	QUEDO EMBARAZADA MIENTRAS USABA	7	6.5
	QUERIA QUEDAR EMBARAZADA	8	7.4
	PAREJA DESAPRUEBA	3	2.8
	EFFECTOS SECUNDARIOS	36	33.3
	RAZONES DE SALUD	8	7.4
	QUERÍA MÉTODO MÁS EFECTIVO	26	24.1
	INCONVENIENTE PARA USAR	17	15.7
	SEXO POCO FRECUENTE	3	2.8
	TOTAL	108	100

El 34.3% de las usuarias del DIU tuvo su primer embarazo durante la adolescencia, el 61.1% tuvo su primer embarazo entre los 20 y 24 años; por último y en menor medida encontramos a las usuarias del DIU que tuvieron su primer embarazo entre los 25 y 29 años de edad.

El mayor porcentaje de la muestra tiene 3 hijos (39.8%), luego le sigue en frecuencia las usuarias con 2 hijos (24.1%) y en menor medida las usuarias con 1, 4, 5 y 6 hijos (14.8%, 16.7%, 2.8% y 1.9% respectivamente).

El 58.3% de las usuarias manifiesta que el número actual de hijos que tienen es el deseado. En lo que respecta al ideal reproductivo, se refiere a cual considera como el número ideal de hijos; el 48.1% manifiesta que lo ideal es el tener 3 hijos, el 44.4% manifiesta que lo ideal es tener 2 hijos y en menor medida se encuentran las usuarias que consideran que el número ideal de hijos es de 1 y 4 con un 5.6% y 1.9% respectivamente.

El mayor periodo intergenésico se refiere a la mayor cantidad de tiempo transcurrido entre el un embarazo determinado y el anterior. En el caso la muestra, 16 usuarias tenían una paridad igual a 1, es por ello que no son consideradas en esta tabla, solo son consideradas a aquellas que tienen una paridad mayor o igual a 2, así se obtiene que la minoría (3.7%) de las usuarias tuvieron como antecedente un periodo intergenésico corto; el 78.6% tuvo un periodo intergenésico adecuado (entre 3 y 10 años) y una minoría tuvo como antecedente un periodo intergenésico largo (1.9%).

No hubo usuarias del DIU con antecedente de embarazo ectópico, el porcentaje de usuarias con antecedente de ITS corresponde al 2.8% de la muestra y el 26.9% de usuarias tuvo al menos una vez flujo vaginal durante toda su vida. Como se confirma una vez más, la mayoría de mujeres (54.6%) inician sus relaciones sexuales en la adolescencia, un 45.4% lo hizo entre los 20 y 24 años de edad.

La mayoría de usuarias tuvo como método anticonceptivo anterior al uso del DIU al inyectable trimestral (DMPA) con un 50.9%, luego le sigue en frecuencia la píldora combinada con 37% y en menor medida los otros métodos de planificación familiar.

El mayor porcentaje de las usuarias del DIU abandonó el método anticonceptivo anterior a este por “efectos secundarios” en un 33.3%, le sigue “quería método más efectivo” con un 24.1% y en menor proporción las razones de discontinuidad “sexo poco frecuente” y “pareja desapueba” con 2.8% cada uno.

TABLA N° 5.1: EDAD DEL PRIMER EMBARAZO SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

		EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES		TOTAL
		15 A 19	20 A 24	
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	15 A 19	37	0	37
		100%	0%	100%
	20 A 24	22	44	66
		33.3%	66.7%	100%
	25 A 29	0	5	5
		0%	100%	100%
TOTAL		59	49	108
		54.6%	45.4%	100%

Se observa que la edad del primer embarazo tiene relación con la edad de inicio de las relaciones sexuales, se entiende que a medida que se posterga el inicio de las relaciones sexuales se posterga también la edad del primer embarazo y esto se comprueba a través de la tabla N° 5.1.

TABLA N° 5.2: IDEAL REPRODUCTIVO SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS VIVOS

		NÚMERO DE HIJOS VIVOS						TOTAL
		1	2	3	4	5	6	
NÚMERO IDEAL DE HIJOS	1	4	0	0	2	0	0	6
		25%	0%	0%	11.1%	0%	0%	5.6%
	2	12	20	6	9	0	1	48
		75%	76.9%	14%	50%	0%	50%	44.4%
	3	0	6	37	5	3	1	52
		0%	23.1%	86%	27.8%	100%	50%	48.1%
	4	0	0	0	2	0	0	2
		0%	0%	0%	11.1%	0%	0%	1.9%
TOTAL		16	26	43	18	3	2	108
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73.152 ^a	15	.000
Razón de verosimilitudes	78.026	15	.000
Asociación lineal por lineal	18.310	1	.000
N de casos válidos	108		

a. 16 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a
5. La frecuencia mínima esperada es .04.

Se observa que hay una correspondencia entre el número de hijos vivos que se tiene y el número ideal de hijos, es así que del total de usuarias que tienen 1 hijo, el 25% desea mantenerse con un solo hijo y el 75% desea otro; del total de usuarias con 2 hijos, el 76.9% desea mantenerse con 2 hijos y el 23.1% desea uno más; del total de usuarias con 3 hijos, el 14% hubiese deseado tener solo 2 hijos y el 86% piensa que el número ideal es 3 hijos. Las diferencias encontradas resultaron ser estadísticamente significativas ($p=0.000$).

**TABLA N° 5.3: EDAD DEL PRIMER EMBARAZO SEGÚN ESTRATO SOCIAL AL
QUE PERTENECE LA USUARIA DEL DIU**

		EDAD DEL PRIMER EMBARAZO			TOTAL
		15 A 19	20 A 24	25 A 29	
ESTRATO SOCIAL	ESTRATO II	0	1	2	3
		0%	33.3%	66.7%	100%
	ESTRATO III	22	47	3	72
		30.6%	65.3%	4.2%	100%
	ESTRATO IV	15	18	0	33
		45.5%	54.5%	0%	100%
TOTAL		37	66	5	108
		34.3%	61.1%	4.6%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,839 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	14,381	4	,006
Asociación lineal por lineal	7,825	1	,005
N de casos válidos	108		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,14.

Observamos que en el Estrato II (medio alto) no se presentó ningún caso de embarazo en el grupo etario de 15 a 19 años, el 33,3% tuvo su primer embarazo entre los 20 y 24 años y el 66,7% lo tuvo entre los 25 y 29 años; en el Estrato III (medio) se presentaron 30,6% usuarias que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, el 65,3% lo tuvo entre los 20 y 24 años y un 4,2% entre los 25 a 29 años, por último, en el Estrato IV (medio bajo) las usuarias que tuvieron su primer embarazo en la adolescencia fue de 45,5%, el 54,5% lo tuvo entre los 20 y 24 años. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.00$).

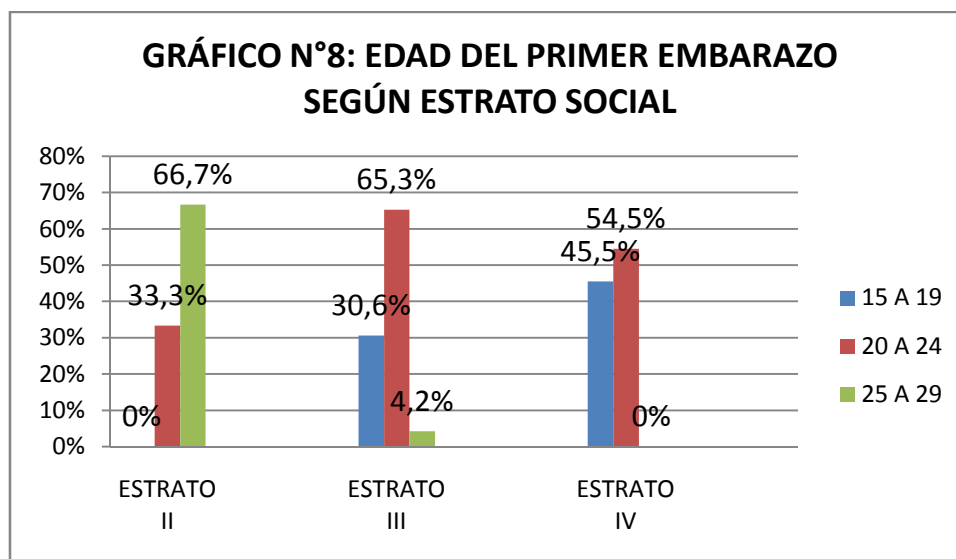


TABLA N° 5.4: INICIO DE RELACIONES SEXUALES SEGÚN EL ESTRATO SOCIAL AL QUE PERTENECE LA USUARIA DEL DIU

		INICIO DE RELACIONES SEXUALES		TOTAL
		15 A 19	20 A 24	
ESTRATO SOCIAL	ESTRATO II	0	3	3
		0%	100%	100%
	ESTRATO III	37	35	72
		51.4%	48.6%	100%
	ESTRATO IV	22	11	33
		66.7%	33.3%	100%
TOTAL		59	49	108
		54.6%	45.4%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,846 ^a	2	,054
Razón de verosimilitudes	7,025	2	,030
Asociación lineal por lineal	4,549	1	,033
N de casos válidos	108		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1,36.

Observamos que en el estrato II no se presentó ningún caso de inicio de relaciones sexuales en el grupo etario 15 a 19. En el estrato III el porcentaje correspondiente a dicho grupo etario fue del 51.4%, mientras que en el estrato IV el porcentaje fue del 66.7%. A pesar de las diferencias marcadas, estas no resultaron estadísticamente significativas ($p=0.054$).

TABLA N° 5.5: IDEAL REPRODUCTIVO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

		NÚMERO IDEAL DE HIJOS				TOTAL
		1	2	3	4	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	0	2	1	1	4
		0%	50%	25%	25%	100%
	SECUNDARIA	6	34	49	1	90
		6,7%	37,8%	54,4%	1,1%	100%
	SUPERIOR TECNICA	0	9	1	0	10
		0%	90%	10%	0%	100%
	SUPERIOR UNIVERSITARIA	0	3	1	0	4
		0%	75%	25%	0%	100%
TOTAL		6	48	52	2	108
		5,6%	44,4%	48,1%	1,9%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,391 ^a	9	,004
Razón de verosimilitudes	17,910	9	,036
Asociación lineal por lineal	3,722	1	,054
N de casos válidos	108		

a. 13 casillas (81,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Observamos que para los diferentes niveles de instrucción, la mayoría espero tener 2 hijos, excepto para el grado de instrucción secundaria, donde la mayoría (54.40%) espero tener 3 hijos. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($0=0.004$)

**TABLA N° 5.6: CALIFICACIÓN DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO
SEGÚN LOS EFECTOS SECUNDARIOS PADECIDOS A PARTIR DE LA
INSERCIÓN DEL DIU**

	Sangrado prolongado o profuso			Sangrado irregular			Calambres y/o dolor		
	N %	X ²	p	N %	X ²	p	N %	X ²	p
Regular	5 38.5	6.141	0.046	8 61.5	8.750	0.013	12 92.3	15.835	0.000
Buena	17 23.3			18 24.7			36 49.3		
Muy buena	1 4.5			4 18.2			5 22.7		
Total	23 21.3			30 27.8			53 49.1		

El 38.5% de las usuarias del DIU que califican el DIU como regular tuvieron sangrado prolongado o profuso. Este porcentaje fue del 23.3% en las que lo califican como buena. Las usuarias que califican el DIU como muy buena, tuvieron sangrado prolongado o profuso solo en un 4.5%. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.046$).

El 61.5% de las usuarias del DIU que califican el DIU como regular tuvieron sangrado irregular. Este porcentaje fue del 24.7% en las que lo califican como buena. Las usuarias que califican el DIU como muy buena, tuvieron sangrado irregular solo en un 18.2%. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.013$).

El 92.3% de las usuarias del DIU que califican el DIU como regular tuvieron calambres y/o dolor. Este porcentaje fue del 49.3% en las que lo califican como buena. Las usuarias que califican el DIU como muy buena, tuvieron calambres y/o dolor solo en un 22.7%. Las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas ($p=0.000$).

V. DISCUSIONES

La edad de las usuarias de Dispositivo Intrauterino que son sexualmente activas es del 3%, cifra muy similar a la obtenida en el estudio que es del 3.7%, las usuarias comprendidas entre las edades de 20 a 44 años corresponden al 56.3% del total de usuarias del DIU, en el trabajo se obtuvo que este grupo de edad corresponde al 60.2% de la muestra, por último, el extremo reproductivo que comprende las edades entre los 45 y 49 años, tienen una frecuencia de uso del 39.8%, en este estudio el porcentaje correspondiente para dicho intervalo de edad fue de 36.1%.⁴⁵

El 57,1 por ciento de las mujeres en edad fértil (MEF) vive en unión conyugal: 25,3 por ciento estaba formalmente casada y 31,8 por ciento en situación de convivencia. Respecto a las encuestas demográficas anteriores en el Perú (2000), hay un cambio importante en la composición de las uniones, observándose un aumento en la proporción de convivientes (24,8 por ciento en el 2000) y una disminución en la proporción de casadas (31,3 por ciento en el 2000). En nuestro estudio se observa que el 69.4% de la población usuaria del DIU convive con su pareja, la formalmente casada corresponde al 28.7% y una minoría se encuentra soltera que corresponde al 1.9% de las usuarias del DIU.^{43, 45}

En lo que respecta al empleo, el 35.6% de la población femenina se encuentra sin empleo actualmente, cifra que discrepa con la obtenida en nuestro estudio, en donde la frecuencia de desempleo es del doble de la observada en la población femenina peruana, se halló que el 75% de las usuarias del DIU no cuenta con un trabajo remunerado.^{41, 42}

La edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los factores sexuales y reproductivos determinantes en la fecundidad de una población. Por varios quinquenios, en el país, la edad mediana al nacimiento del primer hijo, de las mujeres de 25 a 49 y más años de edad, se ha mantenido casi constante, en alrededor de 22 años. Según la ENDES Continua 2009, se estima en 22,3 para las mujeres de 25-29 años, la misma que respecto a la edad mediana de las mujeres de 45 a 49 y más años de edad (21,9 años) muestra un ligero descenso de 0,4 años.^{41, 44}

Las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 14,7 y 16,9 por ciento tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 31,0 y un 33,9 por ciento de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, alrededor de las dos terceras partes de las mujeres habían dado a luz.^{41, 44}

En la investigación se obtuvo que la media de edad al primer embarazo es de 20.59 años, el 50% de las usuarias tuvo su primer embarazo antes de los 20 años y la moda fue de 20 años, como se aprecia, las tres medidas de tendencia central (media, mediana y moda) coinciden. El valor mínimo fue de 15 años y el valor máximo de 25 años, es decir que a los 25 años todas las usuarias del DIU ya habían tenido al menos un embarazo.^{43,44}

En el período de 23 años transcurrido entre las encuestas ENDES 1986 y ENDES Continua 2009, la fecundidad disminuyó en 39,5 por ciento desde 4,3 hijos por mujer a 2,6 (casi 2 hijos). Este porcentaje fue aún mayor entre las mujeres de 40 años y más de edad. En los últimos nueve años, los descensos más importantes han tenido lugar entre las mujeres de 45 a 49 (50,0 por ciento), en las de 20 a 24 (15,7 por ciento) y en las de 35 a 39 años de edad (15,2 por ciento). En el estudio se obtuvo que el promedio de hijos por mujer usuaria del DIU es de 2.74 hijos +/- 1.1 con una mediana de 3, lo que quiere decir que el 50 de la muestra tiene un número de hijos menor o igual a 3. El número mínimo de hijos fue de 1 y el máximo fue de 6 hijos.⁴⁴

Para los Programas de Planificación Familiar es importante tanto el espaciamiento como la limitación de la fecundidad porque permite orientar sus objetivos en beneficio de la salud de las mujeres y los niños. En la entrevista estructurada, se preguntó a las mujeres si deseaban más hijos, específicamente, si deseaban más hijos. El análisis detallado de la información, junto con los datos referentes al uso del DIU, permite estudiar la necesidad insatisfecha de planificación familiar tanto para espaciar la descendencia como para limitarla. El 63,3 por ciento de las mujeres en unión no desean tener más hijos: 53,4 por ciento expresó su deseo de no tener más hijos en el futuro y 9,9 por ciento son mujeres esterilizadas. Desde 1986, el porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijos ha disminuido hasta alcanzar una diferencia de 10,5 puntos porcentuales; sin embargo, a partir de la ENDES 2000, este porcentaje se mantiene con una pequeña diferencia. En la investigación se obtuvo que el 58.3% de las usuarias del DIU tenían paridad satisfecha, es decir, que utilizaban el

dispositivo intrauterino para limitar la fecundidad y el 41.7% restante lo utilizaba la espaciar el tiempo de embarazo.^{41, 42, 43, 44}

También se analizó el deseo futuro de más hijos, el cual obviamente, está influenciado por el número de hijos ya tenidos. También se preguntó en las entrevistas realizadas por el número ideal de hijos, independientemente de la situación actual; es decir, el número de hijos que a la mujer le hubiera gustado tener si ella pudiera comenzar de nuevo su vida reproductiva.^{43, 44}

Es posible también que las mujeres con alta paridez sean, en promedio, de más edad que las que tienen familia pequeña; esto no sólo debido al menor tiempo de exposición al riesgo de embarazo de estas últimas mujeres, sino también a los cambios en las actitudes en las generaciones más jóvenes con respecto a la planificación familiar y sobre los roles de los miembros del hogar. Es así que se obtiene que el promedio ideal de hijos para las mujeres encuestadas es de 2.46 hijos con una desviación estándar de 0.633. La moda para las usuarias del DIU fue de tres hijos.⁴¹

La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres peruana de 25-49 fue 18,8 años, tres años antes que la edad mediana a la primera unión conyugal. Al igual que la edad al inicio de la unión, la diferencia al comparar con las encuestas demográficas y de salud anteriores es de tan sólo meses; comparado con es estudio de investigación, encontramos que la edad media de inicio de relaciones sexuales es de 19 años, siendo la edad mínima la de 15 años y la máxima de 23 años, más de la mitad de las encuestadas tuvo su primera relación sexual en la adolescencia.^{41, 42, 44}

VI. CONCLUSIONES

- Al relacionar los factores demográficos, socioeconómicos, psicológicos, de información, sexuales y reproductivos, se concluye que el factor sexual y reproductivo está asociado al uso del DIU como método anticonceptivo en mayor medida respecto a los demás factores.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la ocupación de la usuaria del DIU.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la procedencia.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la ocupación de la usuaria del DIU.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre el estrato social y la ocupación del jefe de familia y entre el estrato social y los ingresos monetarios personales de la usuaria del DIU.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre la calificación que se le da al DIU, la decisión de usarlo y la motivación que se tuvo para optar por este método anticonceptivo.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre el ideal reproductivo y el número de hijos vivos.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad del primer embarazo y el estrato social.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre el ideal reproductivo y el grado de instrucción.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre la calificación que se le otorga al DIU y los efectos secundarios padecidos a partir de su inserción.

VII. RECOMENDACIONES

- Viendo la importancia que tiene la orientación y consejería en planificación familiar al momento de elegir u optar por un método anticonceptivo, es necesario que el profesional del ámbito de la salud y en especial de la obstetricia desarrolle competencias que le permitan abordar con pericia el ámbito de la salud sexual y reproductiva proyectado al ámbito social de las mujeres en edad fértil.
- El personal del servicio de Planificación Familiar, en los distintos niveles de atención de salud, debe identificar las características y factores que podrían interferir en la elección correcta de un método de planificación familiar.
- Como este trabajo es una investigación descriptiva, y para una mayor representatividad, se sugiere que los resultados obtenidos sean utilizados como base para estudios de mayor complejidad, con un mayor número de muestra, en los diferentes niveles de atención de salud y en diferentes ubicaciones geográficas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Network en español: "El DIU, T de cobre: seguro, eficaz, reversible". 2000, Vol. 20 (1).
2. Declaracion sobre los Dispositivos Intrauterinos. Federacion Internacional de Planificacion de la familia (IPPF) 2003.
3. Reinprayoon D, Gilmore C, Farr G, et al. "20 meses comparando estudios multisectoriales de la TCU 380A en Bangkok, Tailandia". Contraception 2003, Vol 58 (4).
4. Akhter HH, Faisel AJ, Ahmen YH, et al. "Estudio sobre el DIU para valorar la remoción o la reinserción". Summary Bibliography of BIRPERHT Studies. Dhaka: Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential & Reproductive Health and Technologies, 2004.
5. Nepal Ministry of Health and University Research Corporation. Developing Strategies to Increase IUD Use in Urban Areas, Population Council Operations Research Database Project Summaries. New York: Population Council, 2003.
6. Rivera R, Chen-Mok M, McMullen S. Analysis of client characteristics that may affect early discontinuation of the TCU-380A IUD Contraception 2002; 60 (3):155-60.
7. Stanback J, Grimes D. Can intrauterine device removals for bleeding or pain be predicted at a one-month follow-up visit? Contraception 2004; 58(6):357-60.
8. Janowitz B, Kanchanasinith K, Auamkul N, et al. Introducing the contraceptive implant in Thailand: impact on method use and costs. Int Fam Plann Perspect 2004; 20(4):132-36.
9. Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. Am J Public Health 2005; 85:494-503.
10. Foreit J, Bratt J, Foreit K, et al. Cost control, access and quality of care: the impact of IUD revisit norms in Ecuador. J Health Popul Dev Countries 2004; 1(2):11-18.
11. Organización Mundial de la Salud. *Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices Report of a Scientific Committee, WHO Technical Report Series 753*. 2004.
12. Ortiz ME, Croxatto HB, Bardin CW. Mechanisms of action of intrauterine devices. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 51(12).

13. Sinei SK, Morrison CS, Sekadde-Kigonde C, et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet* 2006
14. Morrison C, Sekadde-Kigonde C, Sinei S, et al. Is the IUD appropriate contraception for HIV-infected women? Presentation at *Thirteenth Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research*, Denver, CO, USA, July 11-14, 1999.
15. Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK, et al. The incidence of HIV-1 infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS* 1998;12(1):75-84.
16. Faúndes A, Telles E, Cristofolletti ML, et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception* 1998;58(2):105-9.
17. MINSA. Norma Técnica de Planificación Familiar. Perú 2005.
18. Díez de Castro, Enrique Carlos; Francisco Javier Landa Bercebal, Francisco José Cossío Silva y María Pilar Zorrilla Calvo. Micromercadotecia. Madrid 2002. Ediciones Pirámide, S.A.
19. Population Reports: "Se renueva la atención en el DIU". Febrero 2006, Serie B, Número 7, pág. 1
20. Obstetricia de Williams. F. Gary Cunningham. 22 edición. 2006.
21. Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Ministerios de Salud de Argentina. Octubre 2002
22. Planificación Familiar, un manual mundial para proveedores. OMS 2007
23. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú 2004.
24. OMS. Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 2002.
25. OMS. Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning. 3ra edición. Genova 2004
26. OMS. Prácticas recomendadas para la selección de uso de anticonceptivos. 3ra edición. Genova 2005
27. Anticonceptivos: la realidad de la elección. Cinthya Ortiz. Honduras 2009.
28. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Uso de métodos anticonceptivos en un centro de planificación familiar. Vol. 50 (12). 2007
29. Ginecología. Gonzalez Bosquet. Elsevier España 2003.
30. Informe sobre la salud en el mundo. OMS 2005.
31. Manual básico de anticoncepción. Joaquim Calaf. Elsevier España 2005.

32. Motivación: teoría, investigación y aplicaciones. Herbert Petri. Thomson 2006.
33. Planificación familiar. Ministerio de salud de Nicaragua. 2002
34. Planificación Familiar. Germán Uriza Gutierrez. Pontificia Universidad Javeriana 2007.
35. Psicología de la adolescencia. Jhon Coleman. Ediciones Morata 2003.
36. Psicología de la salud. Luis Oblitas Guadalupe. Plaza y Valdez 2000.
37. Psicología educativa. Anita Woolfolk. Pearson Educacion 2006.
38. Network en español: "El DIU T de cobre". 2000, Vol. 20 (1)
39. Network en español: "El mecanismo del DIU tiene efecto en los espermatozoides". 2000, Vol. 20 (1)
40. Network en español: "No se recomienda el DIU si hay riesgo de contraer ITS". 2000, Vol. 20 (1)
41. Planificación familiar, datos necesidad insatisfecha y la demanda de servicios de planificación familiar. Demographic and health surveys. Perú 2000.
42. CORDERO, C. "Barreras al acceso a servicios de salud reproductiva para jóvenes" Proyecto Acquire. Nicaragua; Agosto 2004.
43. FERNANDEZ PAREDES, F. "Anticoncepción en los adolescentes". Revista Periodismo de Ciencia y tecnología. Noviembre, 2001.
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar" .Lima 2000.
45. ENDES continua 2009. INEI. 2009

ANEXOS

ANEXO N° 1: ENCUESTA
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Investigación: factores asociados al uso de dispositivos intrauterinos en usuarias del servicio de PPFF del C.S. Callao. Enero – Diciembre 2009

1. Edad: _____

2. Estado civil

soltera () casada () conviviente ()
divorciada () viuda ()

3. Grado de instrucción

sin estudios () pre escolar () primaria ()
secundaria () superior tec. () superior univ. ()

4. Procedencia

costa () sierra () selva ()

5. Ocupación: _____

6. Religión o agrupación religiosa

católica () evangélica () mormón ()
otra () _____

7. La profesión del jefe de familia: _____

8. Principal fuente de ingreso de la familia

Fortuna heredada o adquirida ()
Honorarios profesionales ()
Sueldo mensual ()
Salario semanal, al día, a destajo ()
Donaciones públicas o privadas ()

9. Las personas que viven con ud. En la misma vivienda son (marque con un aspa):

su pareja () sus padres () sus hijos ()
hermanos () sus tios () otros ()

anotar el parentesco con Ud.: _____

10. En el caso de que Ud. Trabaje ¿sus ingresos personales a cuanto ascienden?

Ninguno ()

Menos de 500 soles ()

De 500 a 1000 soles ()

De 1000 a 1500 soles ()

Más de 1500 soles ()

11. Su primer embarazo, ¿a que edad fue?: _____

12. Mencione el número de hijos vivos que Ud. Tiene: _____

13. El número de hijos que Ud. Tiene ¿es el deseado?

Si () No ()

14. Cuantos hubiese querido (o desea) tener: _____

15. Diga Ud. Cuanto es el menor tiempo que ha pasado entre el nacimiento de un hijo y el siguiente:

años: _____ meses: _____

16. Edad de la primera relación sexual: _____

17. ¿Ha tenido Ud. antecedente de embarazo ectópico?

Si () No ()

18. ¿Ha tenido Ud. antecedente de infección vaginal y/o ITS?

Inf. Vaginal () ITS ()

19. ¿Ud. Tiene o conoce alguna persona de su entorno que también este usando la T de cobre?

No () Si () parentesco: _____

20. Cuando fue al servicio de Planificación Familiar, ¿Ud. Ya tenia decidido escoger la T de cobre como método anticonceptivo?

Si () No () Indecisa ()

21. Si la respuesta a la pregunta anterior fue “SI”, ¿como calificaría la motivación que tenía Ud. por usar la T de cobre?:

Totalmente motivada ()

Muy motivada ()

Motivación moderada ()

Poco motivada ()

22. Durante la consulta de Planificación Familiar, previo a la inserción del DIU, ¿Ud. recibió algún tipo de información sobre los distintos métodos de planificación familiar como son: los inyectables, píldoras, preservativos?

Si () no ()

23. Si la respuesta a la pregunta anterior fue “SI”, entonces ¿Quién fue el encargado de proporcionarle dicha información?

• El médico ()

• La Obstetriz ()

• La enfermera ()

• La técnica de enfermería ()

• Otra persona ()

24. Durante la consulta de planificación familiar, la persona que estaba a cargo de brindar la información sobre los métodos anticonceptivos ¿le sugirió que la utilización de algún método en particular?

No () si () cual: Píldora()
Inyectable ()
Preservativos()
T de cobre ()
Otro: _____

25. Anteriormente a la utilización de la T de cobre ¿Ud. Ha utilizado algún otro método de planificación familiar?

No () si () cual: Píldora()
Inyectable ()
Preservativos()
Otro: _____

26. Si la respuesta a la pregunta anterior fue “SI”, responda ¿Por qué abandono dicho método de planificación?

27. Señale si Ud. ha padecido alguna de las siguientes molestias a partir de la inserción de la T de cobre:

- Sangrado prolongado o profuso ()
- Sangrado irregular ()
- Calambres y/o dolor ()

28. Conteste con “SI” o con “NO” cada una de las siguientes afirmaciones, según sus conocimientos de la T de cobre.

- La T de cobre es abortiva ()
- La T de cobre causa infertilidad ()
- La T de cobre causa incomodidad a la pareja ()
- La T de cobre se puede mover a otras partes de mi cuerpo,
Como por ejemplo a la cabeza o al corazón. ()
- La T de cobre produce cáncer ()

29. Si tuviera que dar una calificación a la T de cobre, ¿cual seria esta calificación?

- muy mala ()
- mala ()
- regular ()
- buena ()
- muy buena ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 2: JUICIO DE EXPERTOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a).....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se le adjunta. Marque con un aspa (X) en SI o NO, en cada criterios según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (2)	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....
.....

Firma del Juez Experto

PRUEBA BINOMIAL O DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Donde:

Ta: número total de acuerdo de los jueces

Td: número total de desacuerdos entre los jueces

b: grado de concordancia significativa

Aceptable si "b" = 0.70

Bueno si "b" va de 0.70 a 0.90

Excelente si "b" más de 0.90

Criterios	Jueces			Valor de P
	J 1	J 2	J 3	
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	0	2
5	1	1	1	3
6	1	0	0	1
7	1	1	0	2
Total	7	6	4	17

1: de acuerdo

0: desacuerdo

Procesamiento:

$$b = \frac{17}{17 + 4} \times 100 = 80.9 \% \text{ de acuerdo entre los jueces}$$

ANEXO N° 3: COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH PARA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

n	PREGUNTAS																												TOTAL FILAS
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	
1	3	3	4	1	1	1	3	3	4	1	1	1	2	4	3	3	1	2	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	56
2	1	3	4	1	3	1	2	3	3	2	2	2	2	4	4	4	1	2	2	1	2	1	3	1	3	1	1	1	60
3	1	3	4	1	1	1	3	4	4	1	2	1	1	3	5	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	55
4	3	2	3	1	1	1	3	3	3	2	1	1	1	3	3	4	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	52
5	3	2	4	1	1	1	3	4	4	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	51
6	3	3	4	1	1	1	3	3	4	2	2	1	1	2	4	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	53
7	3	3	4	2	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2	5	3	1	2	2	1	2	1	3	1	4	1	1	1	56
8	3	3	4	1	1	1	3	3	3	1	2	1	1	3	4	4	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	57
9	2	1	3	1	1	1	3	3	3	1	1	1	2	4	3	3	1	2	2	1	2	1	3	1	3	1	1	1	52
10	2	3	4	1	1	1	3	3	3	2	2	1	1	3	3	3	1	2	1	1	5	2	3	1	5	1	1	1	60
11	2	3	4	1	1	1	3	3	3	1	2	1	1	3	3	3	1	2	1	1	4	1	3	1	5	1	1	2	58
12	3	3	4	1	1	1	3	3	3	1	2	1	1	3	4	4	1	2	2	1	5	2	3	2	4	1	1	1	63
13	2	3	4	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	2	4	1	1	2	1	1	3	3	3	1	5	1	1	2	55
14	3	3	4	1	3	1	3	4	4	2	2	3	1	3	4	4	1	2	2	1	5	3	3	1	4	1	1	2	71
15	4	3	5	1	3	1	2	5	5	2	2	2	2	2	5	4	1	2	2	1	4	3	3	1	5	1	1	1	73
16	4	3	3	1	1	1	3	3	4	2	2	2	2	4	4	3	1	2	2	1	3	3	3	1	5	1	1	2	67
17	4	3	4	1	1	1	3	3	3	1	2	1	1	3	3	3	1	2	2	1	2	3	3	1	3	1	2	1	59
18	4	3	4	1	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	4	1	1	2	2	1	1	3	4	1	5	1	1	1	58
19	4	3	4	1	4	1	3	4	5	2	2	3	2	4	4	3	1	2	1	1	4	2	4	1	5	1	1	2	74
20	4	3	4	1	3	1	4	3	3	2	2	2	1	3	3	1	1	2	2	1	4	3	5	1	5	2	2	1	69
Var.	0.94	0.27	0.2	0.05	1	0	0.27	0.33	0.47	0.26	0.22	0.46	0.22	0.58	0.51	1.34	0	0	0.22	0.05	1.67	0.74	0.62	0.13	2.98	0.13	0.13	0.26	VAR. T. = 51.73
SUMA DE VARIANZAS DE LOS ITEMS = 14.05																													

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH (VARIABLES POLITÓMICAS)

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Los valores oscilan entre 0 y 1: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total.

Valores permitidos del coeficiente Alfa de Cronbach para propósitos de investigación:

- Aceptable: coeficiente mayor o igual que 0.7 y menor que 0.8
- Bueno: coeficiente mayor o igual que 0.8 y menor que 0.9
- Excelente: coeficiente mayor o igual que 0.9

Procesamiento:

$$\alpha = (28/(28-1)) \times (1-(14.05/51.73))$$

$$\alpha = 1.04 \times 0.73$$

$$\alpha = 0.76$$

El coeficiente de Alfa de Cronbach dio como resultado 0.76, el cual para fines de investigación es aceptable, por lo tanto se deduce que el instrumento de recolección de datos es confiable.

ANEXO N° 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD CALLAO. ENERO – DICIEMBRE 2009

VILLANUEVA GUZMAN, Luis Miguel

Investigador Principal
UNMSM

Mag. SALAZAR SALVATIERRA, Emma

Asesora
UNMSM

Su participación en el estudio es voluntaria y no será penalizado o perderá sus beneficios si se niega o decide dejar de hacerlo. Al firmar este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información siguiente, han sido descritas a usted oralmente. Antes de que acepte, el investigador le tiene que hablar acerca de a) los propósitos y duración de la investigación, b) cualquier razón de incomodidad por su información, c) beneficios, y d) cómo se mantendrá la confidencialidad.

Los propósitos

El estudio cuenta con un objetivo general que consiste en establecer los factores asociados al uso del DIU como Método Anticonceptivo.

La duración

El presente estudio tiene una duración en general de diez (10) meses, pero para efectos de su participación se ha estimado que su participación individual en el estudio no será mayor a dos días.

Beneficios

Toda investigación finaliza con alguna recomendación luego del análisis de los datos, para los participantes en la investigación el primer beneficio encontrado es que no se afectarán de ningún evento físico o psicológico, el segundo beneficio está enmarcado en que su información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en el campo de la planificación familiar. Para el investigador esta investigación le permitirá obtener su título profesional y para la universidad el beneficio está enmarcado en el desarrollo científico pues tiene como función propiciar, estimular y realizar investigaciones básicas y aplicadas como actividad esencial en todos los campos del conocimiento, dando preferente atención a los problemas de interés nacional o regional.

La metodología por seguir

Se tratará de un estudio no experimental, descriptivo y transversal, es decir, lo que se intentará encontrar son los factores que influyen en la toma de decisión de usar el DIU, la forma de recolección de esta información será a través de una encuesta. Para ello se aplicará la encuesta a 108 participantes, que cumplieron criterios de selección previamente identificados, finalmente estos instrumentos nos permitirán saber cuáles son estos factores asociados.

Las técnicas

Para la obtención de los resultados, se aplicará una encuesta que el investigador alcanzará a cada participante.

La forma en que la información recolectada será resguardada

Posiblemente usted verá que el investigador una vez recolectado los datos, lo colocará en sobres Manila o en fólderes, para su transporte, toda la información que se recolectará será de forma anónima acreditando la confiabilidad de la información en el momento del estudio y posteriormente se guardarán en archivadores junto con una copia de este consentimiento. Con respecto a la utilización de los datos en la base de datos, estos serán con código anónimo.

La utilización de los datos

Según los preceptos éticos los datos de este estudio se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo permiso escrito por el afectado. En este caso los datos serán utilizados en esta investigación, pudiéndose utilizar para investigaciones posteriores.

Si usted está de acuerdo en participar, se le tiene que dar una copia firmada de este documento.

Por lo expuesto comprendo que seré parte de un estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificará de ninguna manera. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir de los proveedores de salud. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para obtención del título profesional.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación

_____ Nombre investigador	_____ Firma Investigador	_____ Fecha	_____ hora
_____ Nombre participante	_____ Firma Participante	CODIGO:	_____

ANEXO N° 5: APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (Universidad del Perú DECANATO DE AMÉRICA) FACULTAD DE MEDICINA

"AÑO DE LA CALIDAD EDUCATIVA"



Lima, 24 de junio del 2010.

RESOLUCIÓN DE DECANATO N.° 1001-D-FM-2010

Visto el Expediente 12625-FM-2010, de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyectos de Tesis.

CONSIDERANDO:

Que mediante Oficio N.° 241-EAPO-FM-2010, la Directora de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, informa que los Proyectos de Tesis elaborados por los Bachilleres que figuran en la propuesta, cuenta con la opinión favorable para su ejecución;

Que el Artículo 6.3. Capítulo VI, del Reglamento de Tesis de la Facultad de Medicina, establece que el Protocolo debe ser aprobado por Resolución de Decanato para proceder a su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y en uso de las atribuciones conferidas al Decano, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad;

SE RESUELVE:

1° Aprobar los Proyectos de Tesis, según detalle:

Alumno	Asesor	Tema:
- Jhelynna Carolina Arenas Ayllón	Mg. Emma Felicia Salazar Salvatierra	"FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL USUARIAS DEL C. S. VILLA NORTE EN EL PERÍODO FEBRERO-JULIO 2010"
- Ana Luisa Victoria Vásquez Díaz		
- Katherina Pamela Santos Vasquez.	Dr. Ronald Espiritu Ayala Mendivil	"PRÁCTICAS DE RIESGO EN LA SEXUALIDAD QUE MANIFIESTAN LOS ADOLESCENTES DE 5° AÑO DE SECUNDARIA DE TRES INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL RIMAC"
- Luis Carlos Bances Cruz		
- Cecilia Antonella Diaz Tamariz	Mg. Emma Felicia Salazar Salvatierra	"COMPORTAMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PREECLAMPSIA SEVERA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL PERÍODO 2006-2009"
- Luis Miguel Villanueva Guzman	Mg. Emma Felicia Salazar Salvatierra	"FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL DIU COMO METODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD CALLAO. ENERO - DICIEMBRE 2009"

2° Encargar a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

MG. MARIO MONTEGHIRSO GÓMERO
Director Académico (ej)



DR. PEDRO WONG PUJADA
Decano

c.c. Rectorado
Decanato
EAPO

/nc.

ANEXO N° 6: SOLICITUD PARA DESIGNACIÓN DEL JURADO

Lima, 2 de Agosto del 2010

Señorita

Salazar Salvatierra Emma

Directora de la Escuela Académico, Profesional de Obstetricia de la UNMSM

Señorita Directora:

Yo, Villanueva Guzman Luis Miguel, identificado con código de estudiante N° 04010068 y número de DNI: 43826515, alumno de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UNMSM me presento ante Ud. y expongo.

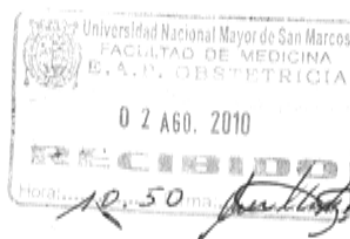
Que habiendo concluido la ejecución del proyecto de tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia titulado: "Factores asociados al uso del DIU como Método Anticonceptivo en usuarias del servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud Callao. Enero – Diciembre 2009" solicito a Ud. se sirva asignar un jurado calificador para evaluar el desarrollo de la tesis ya mencionada, para lo cual adjunto tres (3) copias de la misma.

Muy atentamente.

Villanueva Guzman Luis

Código N° 04010068

ADJUNTO: tres copias de la tesis.



ANEXO N° 7: INFORME DE TESIS PARA SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

"AÑO DE LA CALIDAD EDUCATIVA"



Of. N° 129-FM-DAOG-2010

Lima 23 de agosto de 2010

Señorita Licenciada
Emma Salazar Salvatierra
Directora de la EAP. de Obstetricia

ASUNTO: INFORME DE TESIS DE L. TESISTA VILLANUEVA GUZMAN

Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y, a la vez, remitirle el siguiente informe de la TESIS "FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD CALLAO, ENERO – DICIEMBRE 2009 de la tesista Luis Miguel Villanueva Guzman, para que se gradue como Licenciado en Obstetricia:

Luego de revisar la tesis en mención observamos que el trabajo de investigación esta sujeto a:

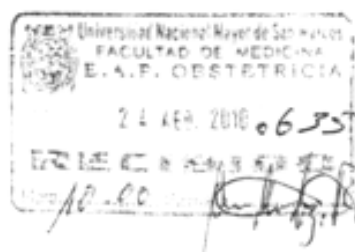
1. Introduccion
2. Maternal y métodos
3. Materia y métodos
4. Resultados
5. Discusión
6. Conclusiones
7. Recomendaciones
8. Bibliografía
9. Anexos

Por lo que solicitamos que ordene su investigación de acuerdo al formato, por lo demás, nos parece que esta bien todo y una vez ordenado, se prosiga con el trámite correspondiente para su sustentación el día y fecha que la Escuela lo estime conveniente.

Sea grata la oportunidad para renovarle las seguridades de mi especial consideración y estima.

Atentamente,
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA


Dr. ALEJANDRO BARRERA GALLEGOS
Coordinador



/jes.

Av. Grau 755 – Lima 1. Apartado Postal 529 – Lima 100 – Perú Telf. (511) 3283237 – (511) 3283238
(511) 2833232 (511) 3282749 – (511) 3283236 – Decanato Telefax: (511) 3283231
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina – E-mail de Biblioteca: hibmed@sanfer.unmsm.edu.pe
E-mail: decanofm@sanfer.unmsm.edu.pe

ANEXO N° 8: ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las normas para la Elaboración de tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, del Bachiller:

LUIS MIGUEL VILLANUEVA GUZMAN

Cuyo título es:

"FACTORES ASOCIADOS AL USO DEL DIU COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN USUARIAS DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD CALLAO. ENERO-DICIEMBRE 2009".

Reunido en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

DIECISIETE *17*

Lima, 25 de Octubre del 2010

Dr. Alejandro Barreda Gallegos
C.M.P. 2982
Presidente

Mg. Obst. Carmen Peña Pascual
C.O.P. 799
Miembro

Lic. Obst. Victoria Rivas Gómez
C.O.P. 0704
Miembro